(Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität Berlin.
[Direktor: Geh. Med. Rat Prof. Dr. *Bonhoeffer*.])

Lane Medical Library

Über Schizophrenie im Kindesalter.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

von

Max Grünthal.

Tag der Promotion: 20. III. 1919.

BERLIN 1919
VERLAG VON S. KARGER
KARLSTRASSE 15.

198

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät zu Berlin.
Referent: Geh. Rat Prof. Dr. *Bonhoeffer*.

Sonder-Abdruck
aus der Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Bd. 46.

MOTTAU & LEFSON G. M. B. H.
BERLIN SW.

Es steht heute längst außer Zweifel, daß das Kindesalter von Geisteskrankheiten nicht verschont bleibt, und daß fast alle Arten von Psychosen der Erwachsenen bereits in der Kindheit zur Entwicklung gelangen können. Aber erst seit verhältnismäßig kurzer Zeit ist diese Anschauung zu allgemeiner Geltung gelangt, schrieb doch *Berkhahn* noch 1863! „Das Auftreten von Irrsein bei Kindern ist ein so seltenes, daß es von namhaften Irrenärzten nicht beobachtet wurde" und 1875 bezeichnet *Kelp* die bisher veröffentlichte Kasuistik über Irrsein im Kindesalter als nicht sehr groß. Hiervon ausgenommen ist natürlich der angeborene Schwachsinn, der ja seit den ältesten Zeiten Gegenstand des Interesses und der Forschung gewesen ist, und dem man auch fast jeden Fall von geistiger Abnormität im Kindesalter zuzurechnen pflegte (*Vogt*: „Alle geistigen Erkrankungen der frühen Kindheit galten als Idiotie").

Eine völlige diagnostische Trennung ist freilich auch heute nicht mit absoluter Sicherheit durchzuführen, zumal ja auch Kombinationen verschiedenartiger Psychosen nicht allzu selten sind, doch besteht im allgemeinen ein deutlicher Unterschied zwischen den angeborenen Defektpsychosen und anderen Formen geistiger Abnormität im Kindesalter.

Eine einigermaßen gesicherte Statistik über das prozentuale Auftreten der verschiedenen Krankheitsarten läßt sich aus vielen Gründen noch nicht aufstellen. Sogar die bereits recht umfangreiche statistische Literatur über die Haufigkeit der Imbezillität ist nach *Ziehen* wenig zuverlässig. *Ziehen* weist darauf hin, daß „in allen Ländern viele Imbezille nicht in Anstalten interniert sind und somit sich einer sicheren Zählung entziehen". Noch vielmehr

gilt dieser Einwurf für alle anderen Geisteskrankheiten im Kindesalter, und von *Vogt* und *Weichbrod* u. A. ist mehrfach hervorgehoben worden, daß eine große Anzahl auch schwerer geisteskranker Kinder im Elternhause von Hausärzten wegen „Nervosität" behandelt, ein Teil an Anstalten für Schwachsinnige überwiesen wird.

Weitere Schwierigkeiten einer statistischen Berechnung sind in dem Begriff der Kindheit selbst begründet. Die Kindheit ist kein sicher abgrenzbarer Zeitabschnitt, die individuellen Schwankungen sind so erheblich, daß die schematische Festsetzung einer bestimmten Altersgrenze zu einer Fehlerquelle werden müßte. Da wir einen absoluten Anhaltspunkt für den Beginn der Pubertät nicht besitzen (auch die erste Menstruation fällt zeitlich nicht immer mit dem Beginn der Geschlechtsreife zusammen), muß die Zugehörigkeit jedes einzelnen Falles nach dem Gesamthabitus und den somatischen Kennzeichen beurteilt werden, und in den Krankengeschichten von etwa 12—17 jährigen Patienten sollte ein Hinweis auf die sekundären Geschlechtsmerkmale niemals fehlen.

Von besonderer Schwierigkeit wird diese Unterscheidung bei jugendlichen Fällen von Schizophrenie, da ja vielfach, wie *Rittershaus* betont, die „Pubertät als eigentliche Ätiologie der Dementia praecox in Anspruch genommen wird". Wenn nun auch das Fehlen sekundärer Geschlechtsmerkmale nicht mit Sicherheit ausschließt, daß die Pubertät als eine innere Sekretion in Form von nicht wahrnehmbaren Vorgängen bereits eingesetzt hat, so würden doch Beobachtungen von manifesten Erkrankungen im Kindesalter längere Zeit vor einer sichtbaren Veränderung des Organismus gegen jene von *Rittershaus* zitierte schroffe Behauptung sprechen.

Schließlich ist bei zahlenmäßigen Aufstellungen zu berücksichtigen, daß im Kindesalter die Grenze zwischen geistig Gesunden und als pathologisch zu Bezeichnenden noch schwerer zu ziehen ist, als in den späteren Lebensjahren. Zumal bei leichten Schüben von Schizophrenie oder bei schleichendem Beginn einer anscheinend spät einsetzenden Erkrankung wird die Entscheidung besonders erschwert. Da sind eigenartiges Verhalten, Hang zur Einsamkeit, Mangel an Initiative, Neigung zu Manieren und auch stereotypen Haltungen und Bewegungen, oder Charakterveränderungen, Ungezogenheiten, Lügenhaftigkeit, Lieblosigkeit, verkehrte Handlungen usw., die, je nach dem Grade ihres Auftretens, den Verdacht auf psychische Erkrankung erwecken können, deren

Bewertung aber endgültig erst rückschauend von dem Verlauf der geistigen Entwicklung aus möglich wird.

Über das Erkrankungsalter bei Schizophrenie wird von *Bleuler* eine Tabelle von *Wolfsohn* über 618 am Burghölzli behandelte Patienten angeführt, die sich graphisch in folgender Weise darstellen läßt (Fig. 1).

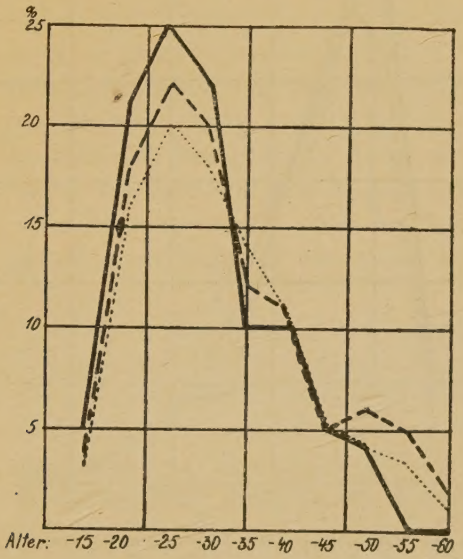

Fig. 1. Graphische Darstellung der von *Bleuler* angeführten Tabelle über das Erkrankungsalter von 618 Fällen von Schizophrenie.

Alter (Jahre):	— 15	— 20	— 25	— 30	— 35	— 40	— 45	— 50	— 55	— 60
——— = Männer:	5,0	21,0	25,0	22,0	10,0	10,0	5,0	4,0	0,0	0,0
. . . . = Frauen:	!3,0	16,0	20,0	18,0	14,0	11,0	5,0	6,0	5,0	5,0
- - - - - = Total:	!4,0	18,0	22,0	20,0	12,0	11,0	5,0	4,0	3,0	1,0

In den letzten 10 Jahren kamen an der Psychiatrischen Klinik der Charité Berlin 1203 Fälle von Schizophrenie zur Behandlung, die sich auf die Altersstufen nach folgendem Muster verteilen (Fig. 2).

Die Erkrankungsziffer der Frauen (617) ist etwas größer als die der Männer (586), während *Ziehen* sowohl wie *Kräpelin* ein Überwiegen des männlichen Geschlechtes beobachtet haben. Der Höhepunkt der Erkrankungen liegt zwischen dem 20. u. 25. Lebensjahre, 66,9 pCt. der Fälle beginnen vor dem 30. Lebensjahre. Bis zum 35. Jahre überwiegen die Männer, im 40. Lebensjahre ist die Erkrankungsziffer der Frauen (12,1 pCt.) erheblich größer als die

der Männer (4,8 pCt.), und auch im höheren Alter überwiegt die Zahl der Frauen. Auch in dieser Statistik wird deutlich, daß das Klimakterium eine erhöhte Disposition zu geistiger Erkrankung schafft, obwohl nicht, wie bei *Wolfsohn*, die Zahl der Erkrankungen vom 45. zum 50. Lebensjahr noch einmal ansteigt.

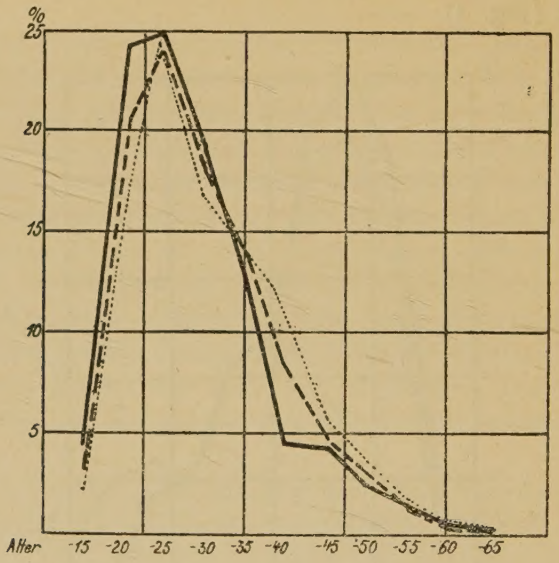

Fig. 2. Prozentuale Verteilung von Dementia praecox-Kranken, aufg. in den Jahren 1909—1918 in der Charité Berlin, auf die einzelnen Altersstufen.

Alter (Jahre:	—15	—20	—25	—30	—35	—40	—45	—50	—55	—60	—65
——— = Männer:	4,8	24,4	25,1	19,2	12,9	4,8	4,4	2,6	1,4	0,5	0,3
. . . . . = Frauen:	2,9	16,8	24,8	16,5	14,5	12,1	5,5	3,7	1,6	0,8	0,5
- - - - - = Total:	3,7	20,5	24,7	18,0	13,8	8,5	4,9	3,1	1,5	0,7	0,4

Die von *Kräpelin* angegebene prozentuale Verteilung von 1054 Fällen von Dementia praecox auf die einzelnen Altersstufen zeigt im wesentlichen ähnliche Resultate.

Jahre:	—10	—15	—20	—25	—30	—35	—40	—45	—50	—55	— 60
pCt.:	3,5	2,7	21,7	25,5	22,8	12,0	5,0	5,0	3,3	1,2	11, 0,2

Bemerkenswert ist die Angabe von 3,5 pCt. der Erkrankungen für das 1. bis 10. und 2,7 pCt. für das 10. bis 15. Lebensjahr. *Kräpelin* bemerkt selbst dazu: „Dabei fällt zunächst auf, daß der Beginn des Leidens für einen gewissen Prozentsatz der Beobachtungen in die ersten Lebensjahre verlegt wird. Es handelt sich hier um eine Gruppe von Kranken, bei denen schon von Jugend

auf ein erheblicher Grad von psychischer Schwäche besteht, wenn auch die auffallenderen Krankheitserscheinungen sich erst späterhin, etwa im dritten Lebensjahrzehnt, bemerkbar machen, um nunmehr zu stärkerer Verblödung zu führen." Demgegenüber ist bei der Statistik der Psychiatrischen Klinik der Charité nicht der vermutliche Krankheitsbeginn, sondern das Alter berücksichtigt worden, in dem die Krankheit zweifellos manifest wurde.

Das Vorkommen von Schizophrenie im Kindesalter ist wohl auch heute noch nicht ganz unbestritten. Nach *Cramer* ist die Pubertätsentwicklung das ausschlaggebende Moment in der Kausalität des Jugendirreseins (Zitat nach *Vogt*, S. 544). *Infeldt* schreibt, daß die Dementia hebephrenica kaum dem eigentlichen Kindesalter, nämlich der Zeit vor dem Beginn der Geschlechtsreife, angehört. Und *Thomsen* erklärt: „Mit der Pubertät, d. h. mit dem 15. Lebensjahre etwa beginnen die ersten hebephrenischen Erkrankungen".

Dagegen gibt schon *Kahlbaum* an, daß die Katatonie auch im Kindesalter auftreten kann. *Meyer* erwähnt, daß in den letzten Jahren der Kindheit (12—14 Jahre) Kranke mit Dementia praecox nicht selten vorkommen. *Ziehen* schreibt: „Wenn auch die meisten Fälle von Hebephrenie erst in den späteren Pubertätsjahren (bis gegen das 21. Lebensjahr hin) auftreten, so kommen doch auch schon vom 12. Lebensjahre an, noch vor dem Auftreten ausgesprochener Pubertätsmerkmale, unzweifelhafte Fälle von Hebephrenie vor. In allerdings sehr seltenen Fällen konnte ich die Entwicklung einer typischen Hebephrenie bis in das 7. Lebensjahr zurück verfolgen." Nach *Bleuler* wird die Krankheit im Kindesalter selten manifest, doch gibt es Fälle, die man als originäre Schizophrenie bis in die ersten Lebensjahre zurückführen muß. *Kräpelin* schreibt, daß im ersten oder zu Beginn des zweiten Lebensjahrzehntes sich entwickelnde Krankheitsbilder klinisch mit den Erscheinungen, Verlauf und Ausgang der Dementia praecox der Erwachsenen so augenscheinlich übereinstimmen, daß an der Zusammengehörigkeit vernünftigerweise nicht gezweifelt werden kann.

Vereinzelte Fälle von Dementia praecox im Kindesalter sind von *Schönthal, Kelp, Möller, Ehlers, Weichbrodt* beschrieben worden. Im Jahre 1909 veröffentlichte *Raecke* eine Arbeit, in der er schrieb, daß die Katatonie der Kinder bisher nicht die Beachtung gefunden hat, welche ihr gebührt. *Raecke* führt 10 Krankengeschichten aus der Kieler Klinik an, und zwar von 8 Knaben und

2 Mädchen, die beiden letzteren im Alter von 12 und 14 Jahren, von den Knaben sind drei 12, einer 14 und vier 15 Jahre alt. Bei den Fällen „ist auf eine Abtrennung von Katatonie und Hebephrenie verzichtet worden; scharfe Grenzen gibt es da nicht". Im gleichen Jahre erschien von *Vogt* eine Arbeit über Fälle von Jugendirresein im Kindesalter, in der er betont, daß unzweifelhaft diese Krankheit bei Kindern zwischen 10 und 15 Jahren und, wie es scheint, in selteneren Fällen sogar vor dem 10. Jahre vorkommt. Aus eigener Beobachtung beschreibt er einen Fall von Katatonie bei einem 5jährigen Mädchen, ein 9 jähriges hebephrenes Mädchen, einen 15 jährigen hebephren-paranoiden Knaben und kommt zu dem Schluß: „Es muß nach diesen Beobachtungen wohl für sicher gelten, daß eine dem Jugendirrsein entsprechende geistige Erkrankung auch in der Kindheit vorkommt, daß also die genannte geistige Affektion ihre Wurzeln bis in die Kindheit hinein erstreckt.

In den Werken von *Ziehen*, *Bleuler* und *Kräpelin* werden Krankengeschichten jugendlicher Fälle von Schizophrenie nicht besonders angeführt, auch in den Arbeiten von *Wille*, *Stransky*, *Rizor* und der Zusammenstellung von *Bendix* finden sich keine Fälle unter 16 Jahren. Da diese Fälle von Schizophrenie, die vor der Pubertät einsetzen, oder gleich zu Beginn der Pubertät schwer verlaufen, verhältnismäßig selten beschrieben wurden, sie aber doch vielleicht zur Klärung der strittigen Fragen der Ätiologie und Pfropfhebephrenie etwas beitragen könnten, dürfte es wohl gerechtfertigt erscheinen, einige Krankengeschichten gekürzt anzuführen.

Fälle manifester Erkrankung unter 10 Jahren, wie sie von *Sante de Sanctis* als Dementia praecocissima, oder von *Heller* als Dementia infantilis beschrieben werden, kamen hier nicht zur Beobachtung.

Bei einigen Fällen setzte der Krankheitsprozeß ganz plötzlich im Verlauf einer völlig normalen Entwicklung ein.

Eine Einteilung in katatone, hebephrene und paranoide Fälle erschien nicht ratsam, da fließende Übergänge zwischen den Symptomgruppen bestanden und Kombinationen sehr oft vorkamen, so daß es unmöglich war, eine Grenze zwischen den einzelnen Formen zu ziehen.

In der Literatur ist mehrfach das Vorherrschen der katatonen und das seltenere Vorkommen von paranoiden Fällen im Kindesalter hervorgehoben worden. *Vogt* schreibt dazu, daß „in physiologischen Ursachen der Grund" dafür zu finden ist. „Bei der

starken neuromuskulären Erregbarkeit des Kindesalters ist es verständlich, daß dieses Gebiet in einer Erkrankung, die ohnedies nach dieser Seite ihren Einfluß fast in jedem Falle auch bei Erwachsenen geltend zu machen pflegt, bei Kindern ganz besonders stark in den Vordergrund tritt. Dann aber hat *Weygandt* mit Recht darauf aufmerksam gemacht daß katatonieartige Komplexe der Motilität dem Kindesalter überhaupt eigen sind."

Die geringere Rolle der paranoiden Formen im kindlichen Alter glaubt *Vogt* damit erklären zu können, „daß die wahrhafte Verarbeitung von Vorstellungen bei den kindlichen Patienten mehr zurücktritt, weil dieses Symptom doch an und für sich schon einen gewissen Vorstellungskomplex und auch eine gewisse Aktivität desselben voraussetzt."

Geeigneter erschien eine Einteilung nach der Art des Einsetzens des manifesten Krankheitsprozesses. Zunächst seien 5 Fälle angeführt, von denen 4 ganz plötzlich im Verlaufe einer normalen Entwicklung, der fünfte etwas langsamer, aber ebenfalls aus einem anscheinend völlig gesunden Vorstadium, erkrankten.

Fall 1. Otto M., aufgenommen den 30. III. 17, mit 14 Jahren 1 Monat, entlassen den 16. VIII. 17. Vater starb an Gallensteinleiden, Mutter gesund, keine Fehlgeburten, hatte 10 Kinder, von denen 2 frühzeitig starben, ein Kind ist idiotisch. Pat. ist das jüngste Kind. Die übrigen Geschwister gesund. Sonst keine Geisteskrankheiten in der Familie. Pat. mit 6 Jahren Diphtherie, sonst nicht krank gewesen. Nie Krämpfe gehabt, trieb Sport, musizierte zu Hause. Hat in der Schule gut gelernt, nie sitzen geblieben, gutes Abgangszeugnis erhalten, war nicht leicht gereizt, nicht ängstlich. Konnte unangenehme Geräusche nicht vertragen. Bei Karusselfahrten, Schaukeln und in der elektrischen Bahn wurde er öfter blaß und schwindlig.

Vor einigen Tagen fiel Pat. durch eigenartiges Verhalten auf, als er nach Schulentlassung nach Hause kam. Sprach wenig, begründete alles eigenartig. War teilnahmslos. Vom nächsten Tage an machte er Schwierigkeiten beim Essen, biß die Zähne aufeinander, weinte und lachte zuweilen ohne Grund, redete sich vieles ein, erzählte, er hätte in der Schule gelacht, deshalb sei der Rektor zum Pastor gegangen und der Pastor zum Lehrer. Der Pastor hätte eine Rede mit Bezug auf ihn gehalten. Sagte, wenn er auf Anordnung der Mutter Essen aus der Kriegsküche holen sollte: „Wenn das mein Lehrer geschen hätte, dann wäre es vorbei." Horchte zuweilen auf, fragte: „Ist da einer draußen?", ohne daß etwas zu bemerken war. Kletterte auf einen Stuhl, holte seine Bücher herunter, hielt sie fest umschlungen, wollte sich nicht wieder ins Bett legen, die Bücher nicht wieder hergeben. Sträubte sich gegen vieles. Wiederholte häufig einen und denselben Satz: „Mutter, werde ich nochmals den Sommer sehn?" (Aufnahme im März.)

Bei der Aufnahme antwortet Pat. auf Befragen überhaupt nichts, sagte höchstens „nein" oder „ich weiß nicht", selbst bei Fragen nach seinem Namen. Sagt dann plötzlich spontan „Herr Doktor" oder „Herr Doktor,

ich habe Ihnen was zu sagen", danach erfolgt jedoch weiter nichts. Pat. wiederholt das sehr oft. Sitzt ruhig auf dem Stuhl, Gesichtsausdruck meist völlig leer. Zuweilen etwas ängstlich. Lächelt zuweilen blöde, ohne ersichtlichen Grund. Affekte gänzlich inadäquat. Auf die Frage, warum traurig? antwortet er, ich habe mehrfach in der Schule gefehlt. Dabei kein Zeichen einer traurigen Verstimmung. Sagt, er habe gestohlen, habe ein schlechtes Abgangszeugnis (i. W. sehr gut), auch dabei kein entsprechender Affekt.

Passiv gegebene Stellungen des Rumpfes und der Glieder werden zu Zeiten einige Minuten beibehalten. Zu anderer Zeit negativistisches Verhalten, sträubt sich sinnlos gegen jede Berührung, ist nur mit Mühe vom Fleck zu bringen. Wiederholt öfter unaufgefordert dieselbe Bewegung. Eigenartig maniriertes Verziehen des Mundes und des Gesichtes beim Sprechen. Rechnet prompt. Auf Nadelstiche keine oder geringe Abwehrbewegungen. Geringe Reaktion auf Zustoßen mit dem Finger, unangenehme Geräusche.

Pat. ist mittelgroß, Ernährungszustand leidlich. Ohrläppchen etwas angewachsen, leichte Dermographie. Kein krankhafter somatischer Befund. (Zuweilen scheint rechts Babinski pos.) Wa.-R. neg. im Blut.

4. IV.: Pat. ist zeitweise freier, gibt schnell und sachgemäß Auskunft auf Fragen. Nach kurzer Zeit wieder deutlich gehemmt, bricht manchmal mitten im Satz ab. Muß öfter zu Nahrungsaufnahme angehalten werden.

15. IV. Verhalten in den letzten Tagen gehemmt — negativistisch. Nahrungsaufnahme sehr erschwert. Sondenfütterung erforderlich.

21. IV.: Auf Befragen keine Antwort oder völlig sinnloses Drauflos reden. Bezeichnet den Arzt als ‚Herr Lehrer Palm", den Ort als Krankenhaus, Tag und Datum fast richtig. Passiv gegebene abnorme Stellungen werden sehr lange festgehalten. Babinski neg.

27. IV.: Jammert und weint den ganzen Morgen. Ringt die Hände, flehentlicher Gesichtsausdruck.

23. V.: Kann Datum ungefähr richtig angeben, sei Ostern eingesegnet, dann krank geworden, sei über 1 Monat hier (i. W. 2). Hier sei Kgl. Charité, Nervenklinik. Kennt die Namen aller Ärzte und Pfleger, aber nicht die der Patienten. Weiß örtlich auf der Abteilung Bescheid. Meint auf Befragen, er sei krank, habe immer im Leib solche Schmerzen, die Hände seien manch mal ganz klamm, ganz matt und die Füße auch. Habe manchmal komische Gedanken, es verändere sich alles so im Garten, die Türen und die Häuser veränderten sich manchmal so. Sei verwirrt, manchmal gehe alles hin und her im Kopf. Rechnen geht sehr langsam, aber richtig. Monate rückwärts: „12, 11 — — — 10 — — 11, 9 — — — weiß nicht weiter." Sitzt ruhig mit leerem Gesichtsausdruck da, blickt teilnahmslos umher. Zuweilen leichte Rötung des Gesichts, wenn man ihn anredet. Blödes Lächeln. Sprache monoton, etwas singend, Ausdrucksweise kindlich. Krankheitsgefühl besteht, aber keine Krankheitseinsicht. Auf der Abteilung wechselndes Verhalten. Liegt meist im Bett. Zuweilen stupurös, spricht kaum oder garnicht, ohne Anteilnahme, muß zum Essen angehalten werden. Zu anderen Zeiten lebhafter, unterhält sich, aber ohne Drang nach irgend einer Beschäftigung. Weint stundenlang ohne ersichtlichen Grund, manchmal lange anhaltendes blödes Lachen.

7. VI.: Heute nachmittag akuter starker Erregungszustand. Pat. steht im Saale, stampft auf, agiert mit den Händen, dabei blasse Gesichtsfarbe und Schweißausbruch. Spricht unaufhörlich mit monotoner Stimme schreiend dieselben Worte: „Sie sind der Tod", „Sie dürfen sich nicht bewegen". Klammert sich dabei fest, läßt betr. nicht los.

11. VI.: Erregungszustand hält an, von Pausen unterbrochen, in denen Pat. stuporöses Verhalten zeigt. Verbigeration, sagt stundenlang: „England gewinnt" oder „Der muß befreit werden".

27. IV.: Abklingen des Erregungszustandes, ruhiges Verhalten, lebhaftes Benehmen, Stimmung eher vergnügt, freundlich, lacht oft.

9. VII.: Seit mehreren Tagen wieder verändert, steife Körperhaltung, liegt mit festgehaltenem Kopf im Bett, wenig Spontanbewegungen, Andeutung von Katalepsie. Einförmiger Gesichtsausdruck.

16. VII.: Anhalten des stuporösen Zustandes. Zuweilen eigenartiges Lächeln. Manchmal ängstlich.

27. VII.: Pat. ist laut, macht Bemerkungen über die Pflegerinnen, ist spöttisch. Beklagt sich über Vorrechte der Erwachsenen. Zeitweise widerspenstig, sitzt meist aufrecht im Bett, ist lebhaft, beobachtet alles, was um ihn vorgeht.

28. VII.: Sehr laut, verlangt Wasser zu trinken, gießt es dann auf den Fußboden.

30. VII.: Nicht mehr stuporös, gibt willig Auskunft auf Fragen, sieht interessiert im Zimmer umher. Er sei krank gewesen, habe Kopfschmerzen gehabt und Leibschmerzen. Will in die Lehre, um Werkzeugmacher zu werden. Benehmen freundlich. Affekt dem Vorstellungsinhalt adäquat.

1. VIII.: Gedanken gingen jetzt wieder gut, sei wieder gesund, möchte nach Hause. Pat. benimmt sich sehr ungeniert, legt die Arme auf den Tisch, läuft im Zimmer umher, faßt alles an, klopft dem Untersuchenden lachend auf die Schulter, äußert wiederholt: „Jetzt ist es aber genug", „Jetzt gehe ich", setzt sich wieder auf Aufforderung, lacht die ganze Zeit, macht weitschweifende Ausführungen, widerspricht, sagt, „das weiß ich ganz genau, wollen wir wetten ?" Bewundert plötzlich den ärztlichen Beruf, möchte auch Arzt werden. Bei Hinweis auf sein schlechtes Betragen macht er betroffenes Gesicht, verhält sich dann kurze Zeit etwas ruhiger. Die Auffassung ist ungestört, begreift Erklärungen schnell und vermag sie sofort zu verwerten, z. B. bei Zinsberechnung. Aufmerksamkeit ist leicht zu erregen, aber schlecht festzuhalten. Pat. vermag anscheinend nicht, einen straffen Gedankengang zu verfolgen. Sich selbst überlassen, äußert er, was ihm einfällt. Alle Vorstellungen stehen dabei in gewissem Zusammenhang. Verfügt über relativ reiche Schulkenntnisse, ist ziemlich beschlagen in Geographie, rechnet ausgezeichnet, weiß viel aus der Geschichte, aber das Wissen ist oberflächlich. Bei Begriffbestimmung zeigt Pat. ausgesprochene Unlust zu überlegen (Fliege — Schmetterling). Sagt Schmetterling habe 2 Beine, dann „nein, gar keine", lacht dabei, lehnt jede weitere Frage mit „Ich weiß nicht" ab. Stellt öfter Gegenfragen. Pat. erinnert sich an Einzelheiten aus seiner Krankheit, meint, er sei so laut geworden, weil es im Bett langweilig geworden ist. — Pat. ist vorwiegend heiter gestimmt.

28. VII. Pat. klopft an die Türe, stößt andere Patiente , lacht, wenn man ihm etwas verbietet.

15. VIII. 17: Übertrieben höflich, affektiert, vielfach maniriertes Verhalten. Seiner Krankheit steht er einigermaßen einsichtig gegenüber, fühlt sich jetzt gesund, will eine Stellung annehmen. Alle seine Äußerungen machen den Eindruck des affektiv Indifferenten, zuweilen ausgesprochen läppisch. Alle Denkoperationen mit Ausnahme der reinen Gedächtnisleistungen, die aufflalend gut gelingen, erscheinen sehr mühsam und erschwert.

Wird nach Hause entlassen.

Am 12. II. 19 hatte ich Gelegenheit, den Pat. nachzuuntersuchen. Ist jetzt 16 Jahre alt.

Kommt mit der Mutter, ist kräftig gebaut, gut entwickelt. Ist nach der Entlassung zu Hause gewesen, hat etwas im Haushalt geholfen. Dann bei einem Schlosser kurze Zeit in der Lehre gewesen, aber wegen Unbeholfenheit als nicht geeignet wieder nach Hause genommen. Im Juli 18 wegen erneuter Erregungszustände in Dalldorf aufgenommen, von dort erst vor 3 Wochen entlassen.

Ist jetzt bei seinem Schwager als Laufbursche beschäftigt, hat immer nur ein und denselben Gang zu machen. Schwierigeren Leistungen ist er nach Ansicht der Mutter noch nicht gewachsen.

Geordnetes, etwas schüchtern-unbeholfenes Verhalten. Ist über Art und Zeit genau, über Zeitereignisse ungefähr orientiert, ohne jedoch ein Verständnis für die inneren Zusammenhänge zu haben. Auswendig Gelerntes aus der Schulzeit (Rechenaufgaben) reproduziert er leidlich gut. *Masselon*sche Probe und Gleichungsaufgaben ($x + 14 = 26$) werden im allgemeinen richtig erfaßt, aber sehr schwerfällig gelöst. Mangelhafte Krankheitseinsicht. Affekt ist dem Vorstellungsinhalt ziemlich adäquat, wenn auch nicht tiefgehend. Im ganzen etwas euphorisch. Fühlt sich jetzt völlig gesund, glaubt aber sich nicht geistig anstrengen zu dürfen. Später möchte er einmal Klavierspieler in einem Kino werden. Nach Angaben der Mutter spielt er zu Hause viel, auch gut vom Blatt, Operetten und dergl.

Fall 2. Elisabeth H., aufgenommen 16. XI. 1918, Alter 12 Jahre 8 Monate. Noch in Behandlung (März 1919). Angaben der Mutter:

Mutter stammt aus Riga, Vater Deutscher, lebte in Petersburg, Pat. dort geboren. Keine Geisteskrankheiten in der Familie. Bruder der Mutter Selbstmord. Kind normal entwickelt, nie Krämpfe, Bettnässen oder irgend welche Absonderlichkeiten gehabt. In Zarskoje Selo die Schule besucht, lernte gut, sprach russisch besser als deutsch. Mußten vor 2 Monaten aus Petersburg fort. Blieben in Pleskau 18 Tage, dort Pocken und Typhus geimpft an einem Tage, legte sich am gleichen Tage mit etwas Fieber ins Bett und stand 16 Tage nicht auf, „schlief", d. h. lag ruhig. Wenn man sie aufforderte aufzustehen, sagte sie „Ich will nicht", nahm man sie heraus, warf sie sich hin. Hat spontan nicht gesprochen, stand aber auf zum Waschen und zu Verrichtungen. Aß der Mutter das Brot auf, sagte a. V.: „Ich esse das Brot nicht allein, es ißt jemand mit mir, ich kann nicht sagen, wer das ist." Auf der Reise von Pleßkau nach Königsberg schrie sie laut und war sehr unruhig. In Königsberg plötzlich „ganz normal", „erst in Berlin nach 8—10 Tagen, etwa Anfang November, verfiel sie wieder für einige Tage in Stumpfheit, schließlich seit 5—6 Tagen Erregungszustand, war ängstlich,

hatte Halluzinationen, sah Geister, den Teufel, nannte ihre Schwestern Hexen, bat um Vergebung aller Sünden. Auch motorisch unruhig, lief heraus, stieß alles von sich.

Bei der Aufnahme tänzelt sie umher, versucht im Bade zu schwimmen, dauernd lächelnder Gesichtsausdruck, nach ihrem Namen gefragt, sagt sie „Pflaume".

17. XI.: In der Nacht sehr laut, schreit und springt im Saal umher.

18. XI.: Tänzelt beim Gang ins Untersuchungszimmer, legt sich auf Aufforderung aufs Bett, streckt häufig den einen oder den anderen Arm aus und hält ihn eine Zeitlang in dieser Stellung. Spricht leise und deshalb undeutlich, ein zweitesmal gefragt, bringt sie laut schreiend einen unartikulierten Laut hervor, weint. (Warum?) „Sie sollen mich nicht zweimal fragen." Sieht meist mit starren Augen ins Leere, bewegt die Lippen wie zum Sprechen, lacht häufig ohne erkennbaren Grund. Gibt auf keine Frage sinngemäße Antwort. Bringt meist nur Interjektionen und sinnlose Silben hervor, z. B. (Wo wohnst du?): „Links oben, unten, hin, oh — — gite — gute — gite — gete — ginge — gite — gate — gege — gige — gege — gite — gute — gate — gite — iii — blaute Tinte — eine hüpsche gite." (Wie alt?): „Sechs", (nicht älter?) „25 — — 15 — — Nudel — — None — — aü — heu — ossi. Der Jude will mich wieder beißen. "(Welcher Jude?) „Der Vater — Frankreich." Kniet dann auf die Erde, beugt den Oberkörper etwa 6 mal bis zur Erde. (Was machst du da?) „Bin Knecht." Steht auf Aufforderung auf. Stampft mit den Füßen auf die Erde, lacht und murmelt vor sich hin. Beide Hände über dem Rumpf zusammengeschlagen. Springt umher, sträubt sich gegen körperliche Untersuchung.

21. XI.: Unaufhörliche motorische Erregung, schlägt, schreit, schimpft: Dieb — Lump — Hund — Berlin — Pflaume — und unverständliche Silbenzusammenstellungen. Sitzt manchmal in katatoner Haltung im Bett, Gesicht ins Leere gerichtet, affektlos, linken Arm vorwärts, rechten rückwärts gestreckt. Durch Fragen in ihrem Verhalten nicht zu unterbrechen.

28. XI.: Wesentlich ruhiger.

30. XI.: Unauffällig, nicht störend, bittet um Entlassung. Sei ganz gesund, möchte nach Hause. Orientierung im wesentlichen erhalten. Verständigung infolge der mangelhaften Beherrschung der deutschen Sprache etwas erschwert. Erzählt, sie sei aus Petersburg gekommen, in Pleßkau geimpft, danach sei ihr schwindlig geworden, Fieber und „gestört im Kopf". Genaue Zeitangaben über ihren Berliner Aufenthalt und die Zeit in der Charité kann sie nicht machen. Erinnert sich ihres Aufenthaltes auf der Unruhigenstation, meint, die Leute seien dort laut, aber gesund. Weshalb sie laut sind, weiß sie nicht. Bestreitet Sinnestäuschungen aller Art, habe nicht geschrieen, keinen Unsinn geredet. Meint lächelnd, das sei ein ander Mädchen gewesen, eine sei da immer herumgelaufen und laut gewesen. Affektreaktion im Ganzen adäquat, aber doch nicht tiefgehend. Psyohomotorisch jetzt nicht auffällig, nur etwas bewegungsarm. Intellektuell ausreichend, erzählt in verständiger Weise ihren Lebensgang, berichtet über Lebensverhältnisse in Petersburg.

Körperlich kräftig, kein abnormer Befund. Die Schmerzempfindlichkeit ist etwas herabgesetzt. Sekundäre Geschlechtsmerkmale noch nicht entwickelt. Noch nicht menstruiert.

9. XII.: Wieder heftiger motorischer Erregungszustand.

13. XII.: Wieder ruhiger, antwortet nur selten. Völlig affektlos.

2. I. 1919: Wieder seit einigen Tagen sehr unruhig, tanzte umher, seit heute mutazistisch, liegt im Bett, ausgesprochene Katalepsie, verharrt in jeder Haltung. Dabei sehr starke Hypotonie, Kopf läßt sich wie ein Ball hin und herwerfen. Reagiert überhaupt nicht auf Nadelstiche. Schmutzig, schmiert mit Kot. Muß gefüttert werden.

3. I.: Liegt in vertrackter Haltung im Bett, macht eigenartige Bewegungen mit den Gliedern. Starke Hypotonie, nach Herumwerfen der Glieder durch den Arzt plötzlich ärgerlich, verzieht das Gesicht, spannt die vorher schlaffe Muskulatur an. Schlägt um sich, weint, lacht dann unvermittelt.

4. I.: Ausgesprochen kataleptisch, verharrt in grotesken Haltungen mit geöffnetem Munde. Völlig mutazistisch. Das passiv erhobene Bein bleibt lange Zeit frei schweben. Beginnt, abgelenkt durch eine Mitpatientin, zu lachen, grimassiert, steht auf, läuft zwecklos umher. Nimmt manierierte Haltungen an. Abwehrbewegungen auf Nadelstiche unzureichend. Offenbar völlig affektlos.

7. I.: Motorische Unruhe geringer. Beantwortet Fragen teils richtig, teils mit „Ich weiß nicht", zuweilen mit unverständigen Lauten. Rechnet einfache Aufgaben richtig. Beim Schreiben ihres Namens führt sie nur die Anfangsbuchstaben richtig, sogar mit einer gewissen Eleganz aus, dann folgen noch Bruchstücke einzelner Buchstaben, schließlich geht es in ein Gekritzel über. Macht mit dem Bleistift weiterhin allerhand Striche, Zahlen, Buchstaben, die mit Stricheln ausgeführt werden. Gibt auf Befragen an, daß sie manchmal schreit und Krach macht. (Warum?) Keine Antwort Lächeln.

15. I.: Weiter ruhig, bat, in den Ruhigensaal verlegt zu werden. Verhält sich still. Sitzt stumpf im Bett oder auf dem Bettrand. Auf Fragen des Arztes stets nur eine Antwort: Sie möchte nach Hause, wolle zur Schule gehen und lernen. Rechnet gut. Behält 6 Zahlen. Unterschiedsfragen werden unbeholfen, aber doch verständig beantwortet. Schreibt gut.

23. I.: Weist mit etwas freudigem Affekt auf Märchenbücher, die sie gelesen hat. Erinnert sich nicht an ihr früheres Verhalten, macht nur allgemeine Angaben über Kopfschmerzen und Schwindelgefühle, die sie hatte. Rechnet mäßig. Kombinationsaufgaben sehr unbeholfen. Jeder Affekt verliert sich im Laufe der Untersuchung.

30. I.: Sagt heute, über ihre Krankheit befragt: „Ich war irrsinnig im Kopf", ohne rechte Einsicht der Bedeutung dieses Satzes. In Pleßkau sei sie krank geworden, in dem Quarantänelager sei ihr alles so merkwürdig vorgekommen. Nach näheren Umständen befragt, sagt sie immer: „Ich kann mich nicht erinnern." Hier habe sie in ihrem Erregungszustand sich in der Hölle gesehen. „Wie im Feuer war mir. Überall war Erde, in der Mitte Feuer. Menschen liefen nackend herum, sie haben mich ausgelacht." Manchmal wollte sie den Himmel sehen, konnte aber nicht, es kam was vor die Augen. Glaubte, daß sie von der Familie verloren sei und aufgenommen sei als verlorenes Kind. Mutter sage ihr jetzt, sie solle nicht so viel denken, damit es nicht wieder aufkommt. Sie will es vergessen.

8. II.: Ist in letzter Zeit interessiert für ihre Umgebung. Unterhält sich mit Mitpatienten über die Erlebnisse während der Krankheit. Sagt, ihre Krankheit sei „schrecklich" gewesen. Sie habe Gestalten, Tote in den Betten, häßliche Tiere gesehen. Habe manchmal eigenartige Körperempfindungen gehabt, sei sich ganz klein und dann wieder ganz groß vorgekommen. Ihr Spiegelbild habe sie für ihren zweiten Leib gehalten, der im Himmel sei. Die Stimmen der anderen Patienten habe sie von weit her gehört. Sagt häufig, sie kann sich nicht mehr erinnern.

27. II.: Affekt dem Vorstellungsinhalt adäquat. Im Ganzen etwas stumpf, auch bei der Reproduktion ihrer Krankheitserscheinungen. Krankheitseinsicht oberflächlich. Entlassung in Aussicht genommen. Fühlt sich jetzt gesund. Möchte nach Hause.

Fall 3. Hertha W., aufgenommen am 8. III. 1918, mit 13 Jahren 11 Monaten, entlassen am 23. IV. 1918. Angaben der Mutter.

Vater sei gesund gewesen, nur sehr „nervös", vor 5 Monaten an Nierenleiden gestorben. Ein Bruder des Vaters habe sehr getrunken und sei jung gestorben. woran ist Ref. unbekannt. Mutter selbst immer gesund gewesen, habe 2 Fehlgeburten gehabt. Pat. jetzt einziges Kind. Pat. habe mit zwei Jahren laufen gelernt, da englische Krankheit gehabt, auch Sprechen mit zwei Jahren, vor der Schulzeit gesund, aber vom Schularzt bei der Aufnahme für ein Jahr zurückgestellt, da sie „zu schwach im Rechnen gewesen sei". Ref. behauptet, weil sie nicht gewußt habe, wie viel 5 + 5 ist. Mit 7 Jahren in eine Gemeindeschule, habe sehr gut und leicht gelernt, sehr gute Zeugnisse gehabt, stets versetzt, jetzt in der 1. Klasse. Sei sehr eifrig gewesen, viel gearbeitet, viel Geschichtsbücher gelesen, zum Vergnügen, auch andere Bücher, Kindergeschichten, keine Romane. Sei immer sehr still gewesen, im Zeugnis habe fast jedesmal gestanden: „Nicht rege genug". Sehr ängstlich, wollte nie allein bleiben, Ref. habe sie bei Ausgängen stets mitgenommen. Sei nicht gern mit Freundinnen zusammen gewesen. Habe selten für sich allein gespielt. Während der Schulzeit habe sie Masern Windpocken und Keuchhusten gehabt, im allgemeinen aber gesund. Etwas Auffallendes habe Ref. nie an ihr gemerkt.

Vor 3—4 Tagen sei Ref. mit ihr bei einer Bekannten gewesen, dort habe sie einen sonderbaren Traum erzählt, ein Onkel sei gestorben, habe überhaupt sehr viel geredet. In der Nacht danach habe Pat. gut geschlafen, am anderen Tage sei sie zu Hause geblieben, da Ref. selbst sich nicht wohl fühlte. Pat. war wie sonst. Am nächsten Tage habe Pat. in der Schule den Kindern denselben Traum erzählt, sie habe gesehen, daß der Onkel gestorben sei. Kinder hätten gelacht, es der Lehrerin erzählt, und diese habe Pat. nach Hause geschickt. Zu Hause habe sie sehr viel geredet, habe dauernd von selbst erzählt, wann sie geboren, daß ihr Vater an Wassersucht gestorben sei, der Krieg soll ein Ende nehmen, wir müßten verhungern. Habe aus sich selsbt Gedichte hergesagt. In der Straßenbahn auf dem Wege hierher habe Pat. dauernd geredet: „Wir haben keine Kräfte mehr, müssen Essen haben, der Teufel soll den Krieg holen."

Pat. sieht kindlich aus, wie 11—12 Jahre, noch wenig entwickelt, mäßiger Ernährungszustand, noch nicht menstruiert. Körperlich nichts Krankhaftes nachweisbar.

In der Nacht schlaflos, viel gesprochen von Jesus, dem Teufel, ihrem Vater, der gestorben sei. Ist aus dem Bett gesprungen und habe im Saal getanzt. Begrüßt bei der Visite den Arzt aufrecht im Bett, streckt ihm die Hand entgegen: „Guten Tag". Sitzt einige Augenblicke still, reagiert mehrmals auf das, was andere Kranke sagen, mit kurzem Auflachen oder Ausrufen. Dreht oft den Kopf hin und her und macht Mundbewegungen, als ob sie sprechen will. Um Ablenkung durch andere Kranke zu vermeiden, wird sie in ein anderes Zimmer gebracht. Bleibt dort im Bett sitzen, redet spontan, fast unaufhörlich, aber nicht in fließender Sprache, sondern in abgehackten kurzen Sätzen. Reagiert auch dann und wann auf dazwischengestellte Fragen mit teils sachlichen, aber oft falschen, teils ganz beziehungslosen Antworten. „Raten Sie mal, wer eben da war. Wer ist gestorben, wer ist verdorben? Was schreiben Sie eigentlich auf? (zur Ärztin, die Gesprochenes notiert) Salomo habe ich auch gesehen, Salomo ist erstanden im Traume. Im Traum ist die schlechte Gestalt, im Traum wird die gute Gestalt einst kommen, im Traum wir die Tür zu schließen. (Hertha!) Sie sind der Richtige, wer ist die andere? Die eine ist die Häßlichkeit, die andere ist die Tugend. Die Tugend ist neidisch. Wer das geschimpft hat, der ist dof. (Wer ist dof?) Sag ich nicht. Der mit die langen Haare — — schreiben Sie das ganze Buch voll, bis es leer ist, — — Tugend ist der Hüter — — Israel ist neidisch. Israel ist der Name. Israel wird in Ewigkeit werden. Wo nicht? Jesu, Jesu verdammt, gekreuzigt, wird ewig am Kreuze hängen." Es folgen auch noch völlig sinnlose Sätze wie etwa: „Der Wagen ist gesund geworden, und die Gesundheit muß immer zu Hause bleiben." Die Affektlage ist dauernd indifferent, von der Umgebung nimmt sie nur insofern Notiz, als sie gelegentlich durch Anreden abgelenkt wird.

11. III.: Fortgesetzter Rededrang, inhaltlich ganz zusammenhanglos. Motorisch unruhig, steht im Bett. Läuft heraus, gestikuliert viel mit den Armen, teilweise als Ausdrucksbewegungen, z. T. aber in eigentümlicher, ganz unverständlicher Weise. Beim Reden vielfache Wiederholungen von Worten, auch Neigung zu Reimereien und zu gegensätzlichen Gegenüberstellungen von Worten, wie: gut — schlecht, dof — klug. Wird leicht abgelenkt, besonders durch Äußerungen. Es gelingt nur sehr schwer, sie zu fixieren. Ist nur zu einigen wenigen Antworten zu bewegen. Gibt Alter, Wohnung, Schule, Namen von Lehrerinnen an. Ist nicht dazu zu bringen, die Uhr abzulesen, ließt dagegen kleine Geschichten ziemlich zusammenhängend vor. Betont dabei in ganz sinnloser Weise einzelne Silben. Während der Untersuchung Indifferenz des Affektes, häufig albernes Lachen. Auf Aufforderung, ihren Namen zu schreiben, schreibt sie mehrere Vornamen, darunter auch den ihrigen und auch ihren Vaternamen. Schreibt richtig nach Diktat: Ich bin in der Charité.

14. III.: Dauernd starke motorische Erregung.

30. III.: In der letzten Zeit viel ruhiger, liegt oder sitzt im Bett, spricht nicht mehr so viel. Was sie spricht, sind kurze inkohärente Sätze, die die Vorgänge der Umgebung betreffen oder an frühere Erlebnisse anknüpfen.

17. IV.: In der letzten Zeit viel ruhiger, aber stumpf, ohne Interesse.

Von der Mutter gegen ärztlichen Rat abgeholt.

Am 1. III. 1919 teilt die Mutter mit, daß es mit der Pat. jetzt „ganz

schön" geht. Menses sind noch nicht eingetreten. Pat. weigere sich, zur Nachuntersuchung zu kommen.

Fall 4. Martin H., aufgenommen 13. XII. 1916, Alter 13 Jahre 4 Mon., entlassen 12. III. 1917.

Eltern und Geschwister gesund. Vater der Mutter soll kurz vor dem Tode geisteskrank, eine Schwester der Mutter „geistesschwach" gewesen sein. Sonst keine Geisteskrankheiten. Pat. soll englische Krankheit gehabt haben, keine Krämpfe, Anfälle, keine Enuresis. Auf der Schule gut gelernt, früher nie auffällig, eher„ zu höflich", nie roh und frech. Vater vor 4 Wochen eingezogen, am Tage vor Abrücken ins Feld besuchte ihn Pat. mit Mutter. Dabei nichts Auffälliges. Nach der Rückkehr sprach Pat. alles durcheinander, schrie Namen der Geschwister und andere Wörter ohne Sinn laut hinaus. Blieb nicht im Bett, lief im Hemd in den Stall. Vater kam auf Urlaub, Pat. war ruhiger, sprach aber auch häufig verwirrt, erkannte jedoch alle Personen. Vor 10 Tagen reiste Vater ab, Pat. war fast wie früher, arbeitete auch. Dann plötzlich wieder verwirrt, ängstlich, als ob er Gestalten sah. Gestern kaum im Bett zu halten, war „wie wild".

Pat. hier dauernd unruhig, duldet nicht, daß man ihn anzieht, läuft nackt herum. Will nicht im Bett bleiben, nimmt manierierte Stellungen ein, die sich häufig wiederholen. Ist schwer zu fixieren, gibt nur ausnahmsweise sinngemäße Antwort, nennt z. B. Namen und Alter richtig. Führt sonst zerfahrene Reden, wiederholt dabei häufig einen Satz oder ein Wort mehrmals. Singt und pfeift viel. Melodien stets richtig. Affektlage sehr schnell wechselnd. Weinerlich ängstliche Stimmung geht unvermittelt in lautes Lachen oder Schreien über, Affekt aber nur oberflächlich. Zum Inhalte des Gesprochenen zeigt der augenblickliche Affekt nur zuweilen adäquate Beziehungen. Deutlich negativistisch. Zuweilen werden passive Stellungen der Arme und Beine minutenlang beibehalten, zu anderen Zeiten intensiver Widerstand. Gesichtsausdruck wechselnd, häufig leer, häufig ängstlich.

Kleiner schwächlicher Knabe. Körperlich nichts Abnormes. Untersuchung infolge Unruhe sehr erschwert. Läßt Urin ins Zimmer, schmutzt ein, schmiert mit Kot. Redet häufig in satzartigen Gebilden mit völlig neu gebildeten, dem Sinne nach völlig unklaren Worten, auch Verbigeration von Wortbildungen.

16. XII.: Etwas ruhiger, läßt sich anziehen, beantwortet einfache Fragen, nennt Gegenstände zumeist richtig, liest richtig mit monotoner Stimme. Inhalt des Gelesenen vermag er nicht anzugeben. Alle Antworten langsam und stockend, singt leise, spricht unverständliche Worte. Wird durch jeden Gehörreiz abgelenkt.

18. XII: Gesichtsausdruck bald leer, affektlos, bald mehr ängstlich und ratlos, bald verzerrtes Gesicht, wie bei schwerer Angst, dabei aber gleichzeitig Gesten und Körperhaltung, die nicht einer schweren Angst konform sind. Orientierung und Auffassung offenbar gut. Auf Nadelstiche schon leichter Art Wimmern, Vermehrung der Angstbewegungen, aber nur hin und wieder Zurückziehen des gestochenen Gliedes.

25. XII.: Epidemische Parotitis überstanden. Ruhiges Verhalten.

5. I. 1917: Liegt dauernd meist mit angezogenem Kopf, beschäftigt sich nicht, gibt auf Befragen nicht oder langsam mit monotoner Stimme Antwort. Auskunft über Personalien richtig. Schulkenntnisse leidlich.

5. III.: Verhalten ständig gleich, näßt und schmutzt oft ein. Behält gegebene Stellungen zuweilen lange bei. Gesichtsausdruck ein wenig blöde. Affektlage indifferent, manchmal blödes Lächeln.

10. III.: In den letzten Tagen viel freier, spricht spontan mit anderen Kranken, hilft auf der Abteilung, sitzt dann wieder stundenlang auf dem Bettrand ohne Initiative. Gesichtsausdruck lebendiger als früher, beobachtet den Arzt, lächelt häufig, aber in annähernd ausreichender Beziehung zum Vorstellungsinhalt. Erinnert sich einzelner Geschehnisse aus der ersten Zeit der Erkrankung, steht aber den Dingen ziemlich interesselos und kritiklos gegenüber, versucht einiges zu beschönigen oder abzustreiten, meint gleichmütig: Er sei nervenkrank, matt und schwächlich gewesen, hält sich für gesund, will nach Hause und arbeiten. — Vom Vater abgeholt.

Fall 5. Samuel G., aufgenommen 2. IX. 1912, Alter 13 Jahre, entlassen 9. IX. 1912. Nur kurze Beobachtung.

Kommt mit seinem 18 jährigen Bruder, einem intelligenten Menschen, aus Java. In Rußland geboren, normal entwickelt. Zog 1909 mit Eltern nach Java, ging dort aufs Gymnasium, war fleißiger Schüler. Von Geisteskrankheiten oder Trunksucht in der Familie nichts bekannt. Im 12. Jahre Wandlung des Charakters, wurde still, zog sich von allen Menshen in stillen Winkel zurück, beschäftige sich zuerst mit Übersetzungen aus dem Russischen ins Jüdische. Allmählich verlor er das Interesse für geistige Arbeit, für das Geigenspiel, das er früher gern betrieb, und schließlich für jede Beschäftigung. Zugleich trat Lieblosigkeit gegen Eltern und Geschwister auf. Getadelt sagte er: „Ich bin doch kränker als Ihr alle.“ Blieb oft vor dem Spiegel stehen mit zugekniffenen Augen, verzogenem Mund, erhobener Hand. Manchmal starrte er gegen den Himmel und behauptete, dort Christus und Moses zu sehen. In der letzten Zeit glaubte er, daß ihn alle haßten, daß man ihm auf den Teller spucke usw., er wollte von seinen Eltern fort.

Dem Alter entsprechend entwickelt, körperlich o. B., liegt meist im Bett, ist still, lacht mitunter ganz unmotiviert. Geht auf Fragen nicht ein, sagt meist: „Ich weiß nicht.“ Ist über Ort und Zeit, seine Reise orientiert. Rechnet gut. Hält sich nicht für krank. Lernt in den 8 Tagen seines Aufenthaltes ziemlich fließend Deutsch, wollte einem Patienten hebräischen Unterricht geben. Fragen nach Eltern und Heimat lassen ihn kalt. Für ethische Begriffe gutes Verständnis, bleibt aber selbst völlig gleichgültig. Lacht öfter ganz unmotiviert laut los. — Wird von seinem Bruder nach 8 Tagen abgeholt.

Fall 5 blieb nur kurze Zeit (8 Tage) in Beobachtung, doch kann die Diagnose wohl mit größter Wahrscheinlichkeit gestellt werden. Die auffällige Wandlung des ganzen Wesens, der Verlust jeder Iniative bei dem zuvor strebsamen Knaben, die Spaltung der affektiven von den Vorstellungsinhalten, weisen darauf hin, daß es sich hier um den ersten Schub einer Dementia praecox handelt. Eine Katamnese war leider nicht zu erheben, da Pat. mit seinem Bruder vor dem Kriege nach Rußland zurückkehrte.

Bemerkenswert ist in Fall 1—4 das plötzliche Einsetzen der Erkrankung. In Fall 1 wird besonders hervorgehoben, daß der Knabe stets munter, lebenslustig und heiter gewesen ist. In der Schule hat er gut gelernt, ist nie sitzen geblieben und mit einem guten Zeugnis entlassen worden. Pat. hat mit 6 Jahren Diphtherie gehabt, hat nie einen Unfall erlitten, pathologische Erscheinungen seitens des Nervensystems sind niemals bei ihm aufgetreten. Die Familienanamnese ist ohne Befund. — In Fall 2 sind nach Angabe der Mutter niemals irgendwelche Absonderlichkeiten hervorgetreten. Das Kind hat nie Krämpfe gehabt, das Bett nicht genäßt, in der Schule gut gelernt. Geisteskrankheiten sind in der Familie nicht vorgekommen. Auch in Fall 4 wurde von den Angehörigen darauf hingewiesen, daß der Knabe niemals psychisch auffällig gewesen ist. Seine Schulleistungen waren gute. Eine erbliche Belastung mütterlicherseits scheint vorzuliegen.

Bei Hertha W. (Fall 3) ist nicht recht ersichtlich, warum sie bei der Schulaufnahme für 1 Jahr zurückgestellt wurde, doch läßt sich aus dem guten Fortkommen und dem regen geistigen Interesse, das sie stets bekundete, schließen, daß ein Intelligenzdefekt nicht vorgelegen hat. Sie wird als ein stilles, nicht geselliges und auch ängstliches Kind geschildert, doch hatte ihr psychisches Verhalten niemals auffällige Formen angenommen. In Fall 5 ist bis zum 12. Lebensjahre weder intellektuell noch affektiv etwas Abnormes beobachtet worden. Die Krankheit entwickelte sich hier mehr allmählich im Laufe eines Jahres, bis schwere Erscheinungen auftraten, die auch nur kurze Zeit anhielten. In den vier übrigen Fällen handelt es sich um schwere, länger dauernde Krankheitsprozesse, bei denen der Zeitpunkt des Einsetzens sich ziemlich genau umgrenzen läßt. In Fall 4 wird sogar die Stunde angegeben, in der die Erkrankung mit einem plötzlichen Erregungszustand begann. Auch in Fall 2 soll stuporöses Verhalten ziemlich plötzlich eingesetzt haben. Dann sistierte der Prozeß für einige Tage, um schließlich in ein kontinuierliches, manifestes Krankheitsbild überzugehen.

In Fall 1, 2 und 5 ergibt die Familienanamnese keinen Hinweis auf erbliche Belastung, während in Fall 3 und 4 Potus und Geisteskrankheiten in der Familie vorgekommen sind.

In keinem der 5 Fälle war körperlich ein krankhafter Befund zu erheben, auch ist in keinem Falle ein Unfall oder eine Krankheit vorhergegangen, so daß der Beginn der Geistesstörung damit in Verbindung gebracht werden könnte.

Nur in Fall 2 wird von der Mutter die Impfung verantwortlich gemacht, und es ist wohl nicht ganz von der Hand zu weisen, daß der damit verbundene Temperaturanstieg mit eine auslösende Rolle gespielt hat. *Bleuler* gibt an, daß sicher fieberhafte Erkrankungen als Anlaß beobachtet wurden. *Ziehen* führt auch an, daß die Versetzung in eine neue Umgebung nicht gleichgültig ist und der Umgebungswechsel mit seinen gehäuften Ansprüchen an die Psyche ein rasches Ansteigen der Symptome herbeiführen könnte. Man könnte daran denken, daß die Reise Petersburg—Berlin, die ja unter den ungünstigsten Verhältnissen stattfand, in diesem Falle mit zur Auslösung beigetragen hat. Aber eine große Bedeutung ist wohl diesem Moment nicht beizumessen, zumal ja auch im Kriege keine Erhöhung der Erkrankungsziffer von Schizophrenie zu verzeichnen ist.

In der Charité kamen zur Aufnahme:

im Jahre:	1909	10	11	12	13	14	15	16	17	18
männliche Kranke:	53	59	52	77	75	83	53	52	49	32

Ebenso ist es doch wohl recht zweifelhaft, ob in Fall 1 die Schulentlassung, in Fall 4 der Abschied von dem ins Feld rückenden Vater oder etwa in Fall 3 der Traum vom Tode des Onkels als psychisches Trauma angesehen werden kann. *Bleuler* schreibt: „Auf eine geringe oder kaum fortschreitende Hirnveränderung kann nur ein schweres psychisches Trauma die manifeste Krankheit auslösen. Je rascher aber der Prozeß fortschreitet, um so geringere Anlässe genügen."

In allen Fällen waren die sekundären Geschlechtsmerkmale noch nicht entwickelt, bei den Mädchen hatte die Menstruation noch nicht eingesetzt und trat bei Fall 2 auch im Laufe der Behandlung (5 Monate nach Krankheitsbeginn), in Fall 3 nach Angaben der Mutter bis zum heutigen Tage (1 Jahr nach Krankheitsbeginn) nicht auf.

Der klinische Verlauf zeigt das mannigfaltige Bild der Schizophrenie der Erwachsenen. Von Trugwahrnehmungen spielen Gehör- und Gesichtstäuschungen in allen Fällen mit motorischen Erregungszuständen (1, 2, 3) eine Rolle. Affektstörungen sind in allen Fällen sehr ausgesprochen. Der Verlust des Zusammenhanges mit den übrigen Seelenvorgängen führt zur Unabhängigkeit der Stimmung von den Vorstellungsinhalten, zur Gleichgültigkeit gegen bessere Vorgänge. Alle Affekte sind einförmig, oberflächlich oder stehen im Gegensatz zur gegebenen Sachlage. Damit im Zusammenhange

steht der völlige Verfall der Willensantriebe. Kinder, die früher regsam und fleißig waren, sitzen nun stumpf im Bett, sind zu den einfachsten Handreichungen nicht zu bewegen. Das spontane Sprechen kann für längere Zeit gänzlich aufhören. Andererseits kann bei Erregungszuständen ein außerordentlich starker Rededrang auftreten mit völliger Zerfahrenheit des Gedankenganges, sinnlosen Wortzusammenstellungen bei Erhaltung des Satzcharakters („der Wagen ist gesund geworden, und die Gesundheit muß nun zu Hause bleiben". Fall 3) oder ständige Wiederholung von irgendwelchen gleichklingenden Silben! („Gite — gate — gite — gete — ginge — gite — gege usw.". Fall 2). In gleicher Weise unterliegen auch die Handlungen teils einer starken Hemmung, die bis zum Negativismus mit Nahrungsverweigerung (Fall 1) führen kann, teils arten sie in heftige Erregungszustände aus. Verunreinigungen finden sich oft, desgleichen stereotype Haltungen. Die geistige Leistungsfähigkeit ist fast ständig erheblich herabgesetzt. Die Aufmerksamkeit ist geschwächt, während das Gedächtnis und die Merkfähigkeit oft recht gut erhalten ist. Am schwersten ist jedoch die Urteilsfähigkeit betroffen.

Jedenfalls bieten alle 4 Fälle, die länger beobachtet wurden, ein außerordentlich vielgestaltiges Bild, und die Kardinalsymptome der Dementia praecox sind in sämtlichen Fällen anzutreffen.

Über den Ausgang dieser 5 Fälle läßt sich etwas Abschließendes noch nicht sagen. Der eine Fall (2) befindet sich noch in Behandlung, die Remission ist eine deutliche, jedoch weisen die mangelnde Krankheitseinsicht und die noch immer häufig auftretenden Perioden geistiger Stumpfheit darauf hin, daß der Krankheitsprozeß noch nicht abgeschlossen ist. In Fall 3—5 waren Katamnesen nicht zu erlangen, auch ist in allen Fällen der Zeitabstand von der manifesten Erkrankung ein zu kurzer, um auf den weiteren Verlauf einen sicheren Schluß ziehen zu können. *Ziehen* schreibt, daß Heilungen nicht vorkommen, die Krankheit jedoch zu einem definitiven Stillstand kommen kann, d. h. der Intelligenzdefekt von einem bestimmten Zeitpunkt ab nicht weiter fortschreitet. *Bleuler:* „Nach einem akuten Schub kann der Hirnprozeß stille stehen oder sich auch bis zu einem gewissen Grade zurückbilden. Dann kann auch die Psyche sich wieder in sehr hohem Maße erholen", und an anderer Stelle: „Die Prognose der vor der Pubertät bei uns eingetretenen Fälle scheint für die nächsten Jahre eine nicht ganz schlechte zu sein." Die Wahrscheinlichkeit eines Rezidivs mit mehr oder minder starker Verblödung ist eine sehr große.

Die Meinungsverschiedenheiten über die Möglichkeit einer Genesung sind im übrigen noch recht erheblich, doch beziehen sie sich, wie *Kräpelin* schreibt, „mehr auf die Umgrenzung dessen, was als Genesung anzusehen ist".

Bemerkenswert ist, daß Fall 1 bei der Nachuntersuchung das typische Bild eines Schwachsinnigen bot. Im Vordergrund stand wesentlich der Intelligenzdefekt, katatone Symptome, Haltungsanomalien, Manieren, Stereotypien fehlten vollkommen, auch war kein Hinweis auf eine tiefere Affektstörung mehr vorhanden. *Raecke* erwähnt bei einem seiner Patienten, der nach 4 Jahren zur Wiederaufnahme kam, den gleichen Befund: „Er ähnelte jetzt so sehr einem einfachen Imbezillen, daß man ohne die frühere Beobachtung leicht die erworbene Psychose hätte übersehen und einen angeborenen Schwachsinn mit Erregungen diagnostizieren können."

Fall 6. Margarete K., aufgenommen den 2. VIII. 1916 mit 13 Jahren 7 Monaten, entlassen den 25. III. 1918. Angaben der Mutter, unverehelicht:

Über Heredität des Vaters nichts bekannt. Mütterlicherseits keine Belastung. Einziges Kind. Normal entwickelt, zurzeit sprechen und laufen gelernt. Nichts von Krämpfen bekannt. Mit 6 Jahren zur Gemeindeschule. Jetzt in der zweiten Klasse, mittelmäßig gelernt, einmal sitzen geblieben. Immer etwas still, versonnen, für sich, besonders in den letzten Jahren, Liest viel, ist aber umgänglich, hat eine Freundin. Außer Scharlach nicht krank gewesen. Noch nicht menstruiert.

Seit 3 Monaten verändert. Plötzlich vom Spaziergang nach Hause gelaufen, hastig gewesen, gierig gegessen. Ängstlich gewesen, vom Sterben gesprochen. „Alle Leute weinten um sie", „Mutter würde einen Sarg gekauft haben, wenn sie nach Hause käme". Sonderbare Handlungen, spuckte aus dem Fenster, lachte darüber. Auch sonst grundloses Lachen. Allmählich ungehorsam, rechthaberisch. Schrie zuweilen gellend, biß sich in den Arm. In der letzten Zeit weniger ängstlich, sehr unruhig, läuft hin und her, will aus dem Fenster springen, gibt für ihr Verhalten keinen Grund an oder lacht. In den letzten 2 Tagen betet sie viel. Gestern erneuter Angstzustand, darum Einlieferung.

Kind ist ängstlich, klammert sich an die Mutter, nur mit Widerstreben ins Bad und Bett zu bringen. Nachher ruhig. Antwortet auf einfache Fragen (Name, Alter) meist prompt. Zwischendurch sieht sie in die Ferne, antwortet nicht mehr, eigentümliche Bewegungen der Hände. Gibt über ihr Verhalten keine befriedigende Auskunft. Sagt plötzlich zum Untersucher „Tante", zur Unterärztin „Vater". Macht außergewöhnliche Bewegungen mit Armen und Rumpf. Im wesentlichen orientiert, hält sich nicht für krank. Negiert Angst und Stimmen.

Dem Alter entsprechend groß, gut genährt. Körperlich ohne krankhaften Befund.

3. VIII. 1916: Singt gelegentlich Volkslieder auf la la, hat sich in die Lippe gebissen, beißt sich auf die Fingernägel, macht merkwürdige Bewegungen mit der linken Hand. Läßt sich durch Fragen im Singen nicht unterbrechen, oder antwortet ins Blaue hinein, manchmal auch echolalisch. (Wie gehts?) „Wie gehts, wie stehts, wie stehts, wie gehts.“ Mehrmals. Lacht dabei.

5. VIII.: Dauernde schwere Erregung. Schreit gellend. Hebt die linke Hand. Wirft den Kopf nach hinten, beißt sich in die Lippe. Spricht kurze Interjektionen oder kurze Sätze, die sich in monotoner Weise wiederholen. „Tante, Tante, ach je, oh weh, Tante erhöre mich, meine Großmutter, ach Gott.“ Gesichtsausdruck affektlos, gelegentlich kurzes Aufweinen, beim Sprechen oft pathetisch.

14. VIII.: Etwas ruhiger, schreit nicht mehr so gellend. Sagt immerzu: „Liebe Leutseligkeit, liebe Leutseligkeit — — —,“ soll ich denn beten zur rechten Stunde.“ Ist im wesentlichen orientiert, ist aber auf Fragen schwer zu fixieren. (Wer bin ich?) „Der verfluchte Teufel.“ (Wer ist die Pflegerin?) „Der Engel Gottes.“ (Bist du krank?) „Ja, sehr.“ (Krankheit?) „Typhus.“ Dazwischen wiederholt sie oft „Leutseligkeit“, singt, lacht öfter. Auf Rechnen, Binet-Bilder nicht zu fixieren.

27. VIII.: Sehr unruhig, schlägt um sich, wirft sich umher, schreit, schimpft, singt.

27. VIII.: Ruhiger, schläft nachts gut. Beständig ausdruckslos lächelnd. Liest gelegentlich ohne Ausdauer, gibt Titel und einiges aus der Geschichte richtig an. Kopf und Hände in ständiger Bewegung, wie Verlegenheitsbewegungen. Ist bei Fragen mißtrauisch, versucht in das Krankenblatt zu sehen, sagt: „Ich weiß nichts, ich sag nichts aus.“ Sagt, sie sei nicht krank, gibt es aber später zu. Entsinnt sich, geschrien zu haben, weiß nicht warum. Habe etwas ängstliches gesehen, im Kino, Onkel Toms Hütte. Näheres nicht zu erfahren. Habe so geschrien, weil sie Angst vorm Tode gehabt habe. (Weshalb?) „Hat sich bei mir in den Kopf gesetzt“. (Was?) „Das Blut.“ (Wieso?) „Sie habe es gesehen.“ (Was?) „Das Wesen.“ Habe zu Hause ein Buch gelesen: „Die Unzerstörbarkeit des Wesens an sich selbst.“ So wie im Buche sehe das Wesen aus. Meint dann plötzlich, sie habe im Kino das Wesen gesehen, Männer und Frauen, die hätten keine Kleider angehabt, hätten nicht gesprochen, ihr nur alles nachgemacht. Gibt dann keine Antworten mehr, sagt „Weiß ich nicht“ oder „Ich sags doch nicht“, wiederruft schließlich alles: „Das ist ja alles Quatsch, was ich vorher gesagt habe.“

28. IX.: Wieder sehr unruhig, lacht viel. Ständig mit ihren Zöpfen beschäftigt. Sagt auf Fragen, hier ist die Sakristei, schreit.

20. X.: Jetzt stiller, Gesichtsausdruck affektlos, lacht höchstens. Näßt öfter ein.

4. XI.: Wieder unruhig, spricht viel, schimpft, schlägt um sich.

10. XI.: Immer erregter, läuft im Zimmer umher, reißt Betten und Bezüge aus dem Bett, belästigt andere Kranke, lacht, spricht viel, antwortet auf Befragen einfach drauflos.

16. XII.: Wieder ruhiger, bleibt im Bett, lacht öfter vor sich hin, singt leise. Keine Anteilnahme an der Umgebung.

1. I. bis 5. I. 1917: *Auftreten der ersten Menstruation.*

6. I. :Verhalten nicht sonderlich störend, obwohl sie häufig aus dem Bett läuft und singt. Fragt stets in gleicher Weise: „Kann ich entlassen werden?“ oder „Schenk mir was“. Benimmt sich albern, Affektlage flach, meist leeres Lächeln. Beantwortet kaum eine Frage. Örtlich und zeitlich im wesentlichen orientiert. Wirft Binet-Bilder weg oder dreht sie um. Wiederholt vorgesprochene Zahlen nicht.

25. II.: Wieder unruhiger, belästigt Kranke, ist ungehorsam.

10. III.: Verhält sich leidlich geordnet, albern — läppisch — kindliches Wesen, zankt sich mit allen. Auf alle Fragen albernes Lachen, beantwortet höchstens die Frage: „Wie gehts“ mit „gut“.

31. III.: Etwas ruhiger, folgt Anordnungen der Pflegerin.

9. IV.: Verhältnismäßig ruhig, „liest“ gelegentlich ohne Konsequenz oder spielt mit einer Puppe.

18. IV.: Ruhig im Bett. Antwortet niemals auf Fragen nach ihrem Verhalten. Lacht. Verkriecht sich in den Kissen.

4. V.: Darf aufstehen und in den Garten gehen. Völlig interesselos.

26. V.: Äußerlich einigermaßen geordnet. Sagt, sie wolle bei der Arbeit helfen hat aber dann „keine Lust“.

5. VI.: Wieder unruhiger, mißgestimmt, schimpft.

6. VI.: Schüttelt den Kopf, lacht, weint. Spricht das Vaterunser, immer nur einige abgerissene Worte, gewaltsame Bewegungen. Lautes Lachen.

7. VI.: Fortgesetzt unruhig, läuft umher, weint und lacht durcheinander, gibt keine Antwort.

14. VI.: Sehr unruhig, dreht sich im Kreise, schmiert Speichel auf ihre Brust.

1. VII.: Liegt wieder stundenlang ruhig im Bett, in anderen Stunden springt sie umher, singt, weint und lacht. Schmiert mit Speichel. Vielfach inhaltlose Äußerungen in endloser Wiederholung.

Pat. izt längere Zeit ruhig, stumpf, dann wieder unruhiger, albern — läppisch, Affektlage im ganzen indifferent. Ohne jede Iniative, sieht nicht einmal Bilder an, fragt manchmal: „Kann ich morgen nach Hause. Immer dummes Lachen. Allmählich immer stumpfer, reagiert auf Fragen gar nicht oder mit Lachen oder fragt ohne Affekt: „Kann ich morgen nach Hause?

Zustand unverändert, bis am 25. VIII. 1917 Verlegung nach Neu-Ruppin erfolgt. Ihr Verhalten dort ist bis heute unverändert. Kindisch — trotzig — eigensinnig — albern. Lacht bei jeder Frage, grimassiert usw.

Fall 7. Bertha W., aufgenommen 13. VIII. 1916, Alter 14 Jahre 8 Monate. Entlassen 7. XII. 1916. Angaben der Mutter: Bruder der Mutter mehrmals in Anstalt gewesen, Mutter leidet an Kopfschmerzen, sei „gedankenschwach, schlechtes Gedächtnis. Vater und Geschwister gesund. Vom 1. bis 10. Jahr bei der Großmutter in Krakau erzogen. Vom 6. Jahre an die Schule besucht, nicht gut gelernt, besonders schlecht gerechnet, Oktober 1915 aus der 4. Klasse entlassen. Seitdem in der Wirtschaft geholfen. Keine Krämpfe, bis 12—13 Jahren Bettnässen. Im Dunkeln abends immer etwas ängstlich. Klagen am 6. VIII. über Zahnschmerzen, 2 Tage später, daß ihr heiß und kalt sei, am nächsten Tage Angst, klammerte sich an Mutter, Tante usw. fest, wollte nicht allein schlafen, nicht allein zur

Toilette gehen, sagte, sie wolle nicht sterben, wolle wieder gesund werden. Am 11. VIII. immer abwechselnd gelacht und geweint. In den letzten Tagen ängstlich geweint, der liebe Gott habe sie gestraft, weil sie nicht fromm gewesen sei. (Ist immer sehr fromm gewesen.) Schlecht gegessen, gar nicht geschlafen seit 2 Tagen.

Sitzt mit ängstlichem Gesichtsausdruck im Bett, klammert sich an die Pflegerin, redet beständig, teils Unverständiges, erzählt spontan in weinerlichen monotonen Tonfall, sie sei hierhergebracht, weil sie solche Angst habe, nun müsse sie viel essen, um wieder gesund zu werden. Ruft wiederholt aus: „Lösch mal ab, wovor ich solche Angst habe. Schwesterchen leg dich zu mir ins Bett. Ich bin schon beim lieben Gott im Himmel, die Engel singen alle, mein rosa Kleid liegt da ja schon auf dem Stuhl. (Wo?) „Beim lieben Gott im Himmel." (Siehst du es denn?) „Mein Herz sieht es, mein Herz ist schon lange da."

Am nächsten Tag sehr unruhig, redet viel von Sünden, Gott und erretten. Gibt über Ort und Zeit richtige Auskunft, spricht dazwischen vom Messias. (Bist du krank?) „Ja." (Was für eine Krankheit?) „Meine Mutter hat gesagt, ich soll das Blut kriegen, und ich bin doch zu schwach dazu, es ist mir doch so im Leibe, es ist mir so schwer im Leibe, warum soll ich das Schlechte haben, ich bin doch noch jung."

Guter Ernährungszustand. Sekundäre Geschlechtsmerkmale, gut entwickelt. Körperlich kein krankhafter Befund. Nicht menstruiert.

15. VIII.: Ständig Versündigungs- und Größenideen, weint viel, sagt: „Ich will doch mitgehen ins Himmelreich." Gibt an, Stimmen zu hören. Als Sitz ihrer Krankheit bezeichnet sie den Leib.

18. VIII.: Verweigert die Nahrung oder riecht am Essen mit der Begründung, daß Gift darin sei. *Eintritt der Menstruation.* Verängstigt und unwillig.

21. VIII.: Im ganzen geordnet, Nahrungsaufnahme und Schlaf gut. Vollkommen orientiert, sagt: sie habe solch Zittern im Leib gehabt, jetzt tue ihr nichts mehr weh. Erinnert sich, vom Himmelreich gesprochen zu haben, glaubte bald sterben zu müssen. Entsinnt sich verschiedener Einzelheiten. Ist ausgesprochen gehemmt, antwortet sehr langsam und zögernd, mit leiser Sprache, wenig Mimik, gelegentlich leises Lächeln. Spricht spontan fast nichts.

30. VIII.: Erneuter Angstzustand, lautes Weinen.

1. IX.: Weint nicht mehr so viel. Liegt im Bett mit lächelndem, leerem Gesichtsausdruck. Lacht laut auf. Spuckt viel. Gelegentlich Lippenbewegungen, als ob sie sprechen wolle.

4. IX. 1916: Zeitweise äußert sie wieder religiöse Ideen, lacht, weint und singt, dann wieder zeitweise stumpf im Bett.

5. IX.: Singt und redet viel Weihnachts-, Volks- und patriotische Lieder: „O Hindenburg, wie grün sind deine Blätter", spricht von Engeln.

20. IX.: Unruhig, läuft aus dem Bett, läppisch — albern, spuckt und schlägt, muß zum Essen genötigt werden.

26. X.: Allmählich ruhiger geworden. Näßt fast regelmäßig ein.

14. XI.: Halb sitzend im Bett, Gesicht meist affektlos, manchmal weinerlich, häufiger dumm-albernes Lachen. Bewegungen langsam, manchmal negativistisch. Gibt keinerlei Auskunft.

20. XI.: Schreit, singt, lacht wieder.

6. XII.: Ruhiger, gibt auf alle Fragen Auskunft. Affektlage leicht euphorisch, im Ganzen sehr oberflächlich. Ist im wesentlichen orientiert über die Situation, Angaben ungenau oder sehr oberflächlich. Nach ihrer Krankheit befragt, erzählt sie, sie habe Zittern im Leib gehabt, weil sie „das „Blut bekommen sollte, sei deshalb hierhergekommen: „Da bekam ich das Blut." Erinnert sich ihrer Äußerungen, meint, sie habe aus der Hitze gesprochen, es sei alles Einbildung gewesen. Ihr häufiges Lachen erklärt sie mit Kitzeln und Stechen im Leib. Sagt: „Ich bin wohl nicht so richtig im Kopf gewesen, sonst müßte ich doch das alles wissen, ich bin so tobsüchtig gewesen die ganze Zeit, und die Nächte habe ich nicht geschlafen, immer so viel gesprochen und Krach gemacht." Hält sich jetzt für völlig gesund, wolle sich noch ein paar Wochen zu Hause erholen, dann ins Geschäft gehen, Modistin werden.

Intellektuell unter dem Durchschnitt. Von der Mutter abgeholt.

Im ganzen Verlaufe unterscheiden sich diese Fälle nicht sonderlich von den vorhergehenden. In Fall 6 entwickelte sich die Psychose bei einem vorher geistig gesunden Mädchen, das freilich nicht besonders befähigt und etwas eigenartig war, aber keine Anzeichen von ausgesprochenem Schwachsinn oder psychopathischer Konstitution bot. In Fall 7 finden sich jedoch schon Symptome (Enuresis bis zum 13. Lebensjahr, das völlige Versagen in der Schule), die auf eine abnorme geistige Schwäche hinweisen. Auch liegt erbliche Belastung von seiten der Mutter vor. Als auslösende Ursache der manifesten Erkrankung ist in diesem Falle wohl der Eintritt der ersten Menstruation anzusehen, die etwa 10 Tage nach Beginn des Erregungszustandes einsetzte. Die körperlichen Sensationen spielen in den krankhaften Vorstellungen eine führende Rolle.

Von *Mucha* ist ein ähnlicher Fall im Anschluß an die erste Menstruation bei einem 15 jährigen Mädchen beschrieben worden. Einige Tage vor der Menstruation war bei ihr eine gewisse Unruhe bemerkbar, 3 Tage nach der ersten, ziemlich schwachen Menstruation setzte ein mehrtägiges Stadium motorischer Erregung mit schreckhaften Delirien ein, an das sich ein Stupor mit stereotypen Haltungen und Bewegungen, Mutazismus, Nahrungsverweigerung, Spannungen in der Körpermuskulatur anschloß.

In Fall 6 liegt zwischen dem Auftreten der ersten krankhaften Erscheinung und dem Beginn der Menstruation ein Zeitraum von 8 Monaten. Ein besonderer Einfluß derselben auf den Verlauf der Erkrankung war nicht zu konstatieren. Während in Fall 7 in den 3—4 Monaten der Beobachtung nach der ersten Menses die akute Krankheitskhase allmählich zurückging (auch hier war leider eine

Nachuntersuchung nicht möglich), blieb der Zustand in Fall 6 bis zum heutigen Tage (2¾ Jahre nach Krankheitsbeginn) unverändert, so daß es doch sehr zweifelhaft bleibt, ob die Menstruation als ein wesentlicher Anlaß der Erkrankung angesehen werden kann.

Vogt glaubt, in allen Fällen von kindlicher Schizophrenie eine verfrühte Pubertätsentwicklung annehmen zu müssen, auch wenn diese in äußeren Körperveränderungen nicht zutage tritt. *Vogt* macht also die noch strittige Frage des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Dementia praecox und den Genitalfunktionen zur Voraussetzung. *Kräpelin* dagegen schreibt: „Auch ich habe die Ansicht ausgesprochen, daß möglicherweise irgend ein mehr oder weniger entfernter Zusammenhang der Dementia praecox mit den Vorgängen in den Geschlechtsorganen bestehen könne. Es muß indessen betont werden, daß überzeugende Beweise für derartige Annahmen schlechterdings nicht vorhanden sind."

Fall 8. Frieda K., aufgenommen den 12. V. 1908, Alter 11 Jahre 2 Monate, entlassen den 12. VI. 1908. Angaben der Mutter:

Keine Geisteskrankheiten in der Familie, mit 3 Jahren sprechen gelernt, laufen mit 1½ Jahren. Mit 7 Monaten aus dem Kinderwagen gefallen, keine Kommotionserscheinungen, gleich beruhigt. Hat Keuchhusten, vor 2 Jahren Masern, vor 5 Wochen Scharlach gehabt. In der Gemeindeschule schlecht vorwärts gekommen, mehrfach sitzen geblieben. Hemd seit fünf bis sechs Wochen, schon vor dem Scharlach, immer gelblich, klagt über Jucken in den Genitalien. Mit keinem Kind oder sonst wem in Berührung gekommen. Hat wohl immer „Ausfluß" gehabt, nach Angabe der Mutter. Hat in der letzten Zeit Nachts mit sich gesprochen. Zeigte auf der Straße auf Leute und sagte, sie wollten ihr etwas tun. Sei immer ängstlich gewesen, aber liebevoll, fromm. Für Spielen sei sie nicht sehr gewesen. Vor 6 Wochen sitzen geblieben, darüber sehr aufgeregt. Dann wieder ruhiger. In der Nacht zum 10. V. plötzlich mit Angstzustand aufgewacht, sagte: Der Bettler wolle sie mit sich nehmen, schrie auf, als sie Tritte hörte.

Liegt mit allen Zeichen von Angst im Bett. Sagt leise mit weinerlicher Stimme, sie habe Angst vor dem Arzt, den Patienten, äußert dazwischen, sie wolle nach Hause. Sagt spontan, „hier spielt einer Klavier". Beantwortet keine Frage, sagt nur „ich habe Angst, ich will zu meiner Mutter". Intelligenzprüfung daher nicht anzustellen, körperliche Untersuchung sehr erschwert, da Pat. sich sehr sträubt. Für sein Alter gut entwickelt, leidlicher Ernährungszustand. Parese des linken Mundfacialis, die seit einigee Tagen bestehen soll. Pat. zittert fortgesetzt. Vasomotorisches Nachröten. Spricht bei der Untersuchung wiederholt dazwischen, etwa: „Da nimmt mich einer mit in den Friedrichshain und will mir etwas tun. Die läßt meine Mutter immer rein, der eine Herr sagt No. 5, deswegen habe ich Furcht. Weil sie mir alle an die Augen haben was gemacht, hab ich Angst. Und der O., weil Sie der sind, habe ich Angst." (Wo sitzt die Angst?) „Im Kopf". (Wovor?) „Vor Ihnen, weil Sie O. sind, Sie kommen immer rein und wollen mir

was tun. Es kommt immer der Wind in die Ohren gebraust. Ich habe keine Ruhe. Sie rufen die ganze Nacht. (Was rufen sie?) „Frieda kommt mit". (Wer?) „O." (Wer ist das?) „Einer mit dem weißen Kopf, der kommt jedesmal in die Stube rein. Deswegen will ich bei meine Mutter fahren (fügt diesen Satz auch weiterhin häufig ein). Er ist Tag und Nacht da. Und dann kommt 'ne Frau mit 'ner blauen Bluse, die sagt, ich wäre 'ne Hexe. Da nehmen sie mir mit nach Kaiser Friedrich seinem Denkmal und gehen nach die Schule mit. Sie hauen mir so auf Arm und Rücken. Es kommt immer solch Polizeibeamter und dreht das Licht aus hier im großen Saal und dann kommt 'ne Dame und sagt: du kommst mit." Später sagt sie spontan: „Sie tun mir morgens immer was am Popo. Ich muß morgens immer aufstoßen (rülpst plötzlich) und es dröhnt so im Kopf. Mir gibt einer immer Wein und das regt mich noch mehr auf." Dann: „Jetzt haut mir einer den Asch voll". (Jetzt?) „Ja jetzt, und er spieckt mir in die Augen." Kann 6 Zahlen nicht richtig nachsprechen. Einfache Rechnungen falsch, auf Vorhalten gelingt es manchmal, die richtige Antwort zu erzielen. Bei Unterschiedsfragen redet sie meist ganz sinnlos drauflos. (Lüge und Irrtum?) „Irrtum ist Schwindel, Lüge ist nicht Wahrheit." (Auf Vorhalt) „Tante und Traube. Tante ist anständig, Traube ist unschuldig." (Auf Vorhalt.) „Lüge ist keine Wahrheit, Irrtum ist Wahrheit." (Was schlimmer?) „Lüge." (Weshalb?) „Weil sie mir immer anfallen, weil ich es nicht sage. (Auf Vorhalt.) „Lüge kann man sagen ist wahr. Meine Mutter sagt, ich soll mit keinem Mann mitgehen." Bei der Masselonprobe knüpft sie an irgend ein Wort einen sinnlosen Satz an, bringt nichts zustande. Monate rückwärts, sehr schlecht.

In den nächsten Tagen viel ruhiger, ißt von selbst, weint fastgar nicht lacht manchmal, ist still für sich. Nur noch selten Angstäußerungen. Sagt öfter vergnügt, sie fühle sich wohl. Fortgesetzt Affektschwankungen zwischen Heiterkeit und Weinerlichkeit. Wird am 12. VI. nach Hause entlassen.

2. Aufnahme 28. VIII. 1916. Pat. ist jetzt 19½ Jahr. Mutter gibt an, daß sie nach der Entlassung 8 Wochen mit Pat. auf dem Lande war, dann wieder zur Schule gegangen, aber mit 14 Jahren herausgenommen, weil die Kinder sie auslachten. Seitdem zu Hause in der Wirtschaft, hat spontan nie geholfen, auf Anregung manchmal etwas getan, aber meist falsch. Seit 4 Monaten wäscht sie sich nicht mehr allein, zieht sich nicht allein an, sitzt still auf einem Stuhle und antwortet nicht, näßte in den letzten Tagen auch ein. War Juni bis Juli in einer Anstalt, dann wieder zu Hause, Zustand unverändert. Seit 4 Tagen nichts gegessen. Sagt: „Frieda ist tot, Frieda kann nicht essen."

Seit 13. Lebensjahr menstruiert, unregelmäßig.

Liegt nach der Einlieferung mit etwas steifer, gezwungener Haltung im Bett mit leerem Gesichtsausdruck. Spricht ganz leise und unverständlich, weil sie den Mund nicht öffnet. Etwas negativistisch. Körperlich nichts besonderes. Essen muß ihr in den Mund gesteckt werden, muß auf die Toilette geführt werden, sagt manchmal ausdruckslos: „Mir ist so schlecht, ich habe Gehirnschwäche."

Muß täglich angezogen werden, sitzt dann auf dem Lehnstuhl, den Kopf gesenkt, in die Hand gestützt. Beantwortet einige Fragen nach langer

Pause und oftmaligen Ermunterungen mit monotoner Stimme. Bietet Bild des Stupors, Andeutung von Negativismus, Mutazismus, Neigung zu stereotypen Haltungen, bis sie September 1917 nach Dalldorf überführt wird.

Fall 9. Johannes V., aufgenommen 19. VIII. 1917, Alter 14 Jahre 10 Monate, entlassen 17. XI. 1917. Angaben der Mutter:

Keine Geisteskrankheiten in der Familie. Mutter selbst leicht erregbar. Pat. war immer ruhiges Kind, etwas ängstlich und schüchtern, wurde stets zu Hause gehalten, hat nie gelogen, trotz Fleißes schlecht gelernt. Oft versunken vor sich hingestarrt. Mit 8 Jahren nächtliches Aufschrecken, etwa 1 Jahr lang alle 4—6 Wochen, schrie: Räuber, Diebe, und schlief dann bald wieder ein. Jetzt wieder das gleiche seit fast 1 Jahre. Vor 8 Wochen jede zweite Nacht aufgeschreckt. Seit mehreren Wochen ist Pat. stumpf und teilnahmslos, gibt zeitweise auf Fragen keine Antwort. Seit 2 Jahren Bettnässen, etwa jedes Vierteljahr einmal. Soll früher nicht vorgekommen sein. Im Juli mit anderen Kindern vom evangelischen Verein nach Misdroy geschickt, dort starkes Heimweh, äußerte Selbstmordgedanken, hielt sich ganz für sich. Wollte nach Hause, da er von Kameraden andauernd geneckt wurde. Mutter ließ ihn zurückholen. Half etwas in der Wirtschaft. Machte ein sonderbares Gedicht, daß er mit großem Pathos vortrug, öfter abschrieb und unter Kameraden verteilen wollte. Erzählte phantastische Geschichten, die ganz frei erfunden waren. Versuchte Wirtschaftsgegenstände usw. zu verkaufen. In der Schule (Tertia einer Realschule) fiel schon seit dem Winter seine Nachlässigkeit auf, während er früher sehr fleißig war.

Mittelgroßer schwächlicher Pat., mäßiger Knochenbau, schwach entwickelte Muskulatur. Stirn und Stirnnaht etwas prominent. Im ganzen infantiler Habitus, hinter dem Alter zurückgeblieben. Sonst körperlich nichts Abnormes. Wa.-R. im Blut: —.

Sei hergekommen wegen seiner Nerven, wenn er etwas lese, täten ihm die Augen weh, sonst fehle ihm nichts. Mutter habe gesagt, er habe leichte Anfälle des Nachts, fange dabei an zu erzählen von Räubergeschichten. Gibt geordnete Auskunft über seine Schulzeit, die Reise nach Misdroy. Die Jungen hätten ihn verhöhnt, hätten ihm kein Geld pumpen wollen, worüber er sich aufregte. Habe für sich gespielt und gedichtet. Mutter hätte ihm dazu zugeredet, dichte über Natur, Schule, Ferien usw. Habe Lust und Liebe zum Dichten, möchte es fortsetzen. Vertrage sich schlecht mit der Mutter, die sehr aufgeregt sei. Er sei sehr empfindlich, ängstlich und furchtsam. Könne Nachts nicht schlafen, weil so viel Wanzen in der Wohnung sind. Fragen über Krieg werden zum Teil richtig, zum Teil ohne jedes Verständnis beantwortet. Nennt die 5 Erdteile: Asien, Amerika, Großer Belt, Kleiner Belt, Finnland. (In welchem Erdteil Deutschland?) „In einer Provinz, in Brandenburg." Am nächsten Tage gibt er an, daß Deutschland in Europa liegt, er habe sich das nachher auch überlegt, habe Unsinn geredet. Im Vordergrund seiner Erzählungen steht die Klage, daß er sich immer hinter anderen zurückgesetzt fühle, weniger zu essen bekomme usw. Darüber offensichtlich traurig gestimmt. Affekt im allgemeinen dem Vorstellungsinhalt adäquat. Er habe die Lügengeschichten erfunden, um sich einen Spaß zu machen.

Ist auf der Station ruhig, artig, freundlich, ohne besonderes Interesse.

12. IX. 1917: Seit gestern lautes, albernes Verhalten, lacht ohne Grund, singt häufig, meistens dasselbe Lied, zieht Schuhe aus, spielt damit Fangball. Führt Arbeiten nur oberflächlich aus, keine Ausdauer bei Brettspielen, macht grobe Fehler.

13. IX.: Erzählt mit lachendem Gesicht, die Pat. könnten ihn alle nicht leiden, alle kriegen mehr zu essen als er. Lacht läppisch. Affekt inadäquat. Äußert den Wunsch, entlassen zu werden, lacht, als ihm gesagt wird, er müsse noch längere Zeit hier bleiben. Nach seinen Plänen befragt, äußert er sinnlose Größenideen, wolle erst Gärtner, dann Lehrer, dann Arzt, Reichskanzler werden. Er wisse alles, habe mit 8 Jahren schon alles gewußt, was es auf der Welt gibt. Spricht hastig, leiernd, ohne Betonung. Gesichtsausdruck völlig leer, ohne Mienenspiel, zeitweise grundlos läppisches Lachen. Wird von der Mutter für achtstündigen Urlaub abgeholt, nicht zurückgebracht.

Im Januar 1918 kommt sie mit Pat. in die Poliklinik, um Krankheitsbericht für einen Arzt zu erbitten. Pat. ginge nicht zur Arbeit, sei stumpf, interesselos, beschäftige sich auch zu Hause nicht. Bleibe lange in einer Ecke stehen.

Fall 10. Erich R., aufgenommen 17. V. 1916, Alter nicht ganz 14 Jahre, entlassen 5. VI. 1916. Angaben der Mutter:

In der Familie keine Geisteskrankheiten, 3 gesunde Geschwister. Pat. hat vom 7. Monat bis 1½ Jahr Krämpfe gehabt, 6—7 mal am Tage, dauerten eine Viertelstunde, war steif. Seitdem keine Krämpfe mehr, auch keine Schwindelanfälle. Sei stets gutes Kind gewesen, immer etwas schwächlich, etwas eigensinnig, in der Schule gut gelernt, gern zur Schule gegangen. Vor 5 Tagen ging er in der Schule in den Zeichensaal (er zeichnet sehr gern), wurde dort erst nach 1 Stunde gefunden und durchgehauen. Am nächsten Tage kam er nach 1 Stunde unvermittelt wieder aus der Schule, Mutter ging mit ihm zurück, und er nahm am Unterricht wieder teil. In der Nacht wurde er unruhig, konnte nicht schlafen, schimpfte und weinte, behauptete am Morgen, er hätte 8 Tage frei, brauchte nicht zur Schule.

Bei der Aufnahme schlägt er um sich, hört Geräusche, klagt über Kopfschmerzen.

Großer Junge in etwas reduziertem Ernährungszustand. Gerötete Gesichtsfarbe. Hydrocephale Schädelbildung. Sonst körperlich kein abnormer Befund.

Wälzt sich im Bett umher, trommelt mit den Fingern an der Wand, spricht mitunter leise vor sich hin. Abweisend bei der Untersuchung. Der Gang ist vorsichtig, abwechselnd langsam und schnell, die Füße werden fast gekreuzt voreinander gesetzt. Die Augen sind fast immer geschlossen, werden auf Aufforderung nur für kurze Zeit geöffnet, das Licht blende ihn. Gibt Namen und Alter richtig an, gehe 2 Jahre nicht mehr zur Schule, korrigiert dann auf Einwand, es seien 4 Tage. Antwortet öfter gar nicht auf Fragen.

19. V.: Gesteigerte motorische Unruhe, macht dauernd Bewegungen, viel Drohungen. Fühlt, daß er an den Füßen gekitzelt werde, zieht die Beine an den Leib und schlägt mit den Armen um sich. Sagt oft: „Es stinkt", schimpft darüber. Grimassiert viel, oft mehrmals dieselben Grimassen

hintereinander, z. B. Öffnen und Schließen des Mundes. Worte aus der Umgebung wiederholt er, lacht dabeilaut auf, fängt dann wieder an zu schimpfen. Plötzlicher Wechsel zwischen gereizt-ärgerlicher und übermütig-lustiger Stimmung. Deutlicher Katalepsie: Den Armen, den Beinen, dem Kopfe gegebene Stellungen werden für kurze Zeit beibehalten.

24. V.: Keine motorische Unruhe mehr, kein Rededrang. Pat. zeigt sich gut orientiert in Geographie und Geschichte, weiß auch über den Krieg gut Bescheid. Auf Befragen gibt er an, daß er gern nach Hause möchte, daß es ihm bis auf den „Krach" jedoch auch hier gut gefiele. Er zeigt bei allem, was er sagt, gar keinen Affekt.

27. V.: Verhält sich ruhig, gibt auf Fragen sachgemäß, etwas verdrießlich Antwort. Ist orientiert. Erinnert sich an einiges aus der Zeit seiner Erkrankung, jedoch ohne Krankheitseinsicht. Sei jetzt gesund, habe Kopfschmerzen gehabt und sehr viel Gedanken, sonst habe ihm nichts gefehlt.

5. VI.: Zustand hat sich weiter gebessert. Gewichtszunahme. Auf affektivem Gebiet nichts Pathologisches mehr. Entlassen.

Fall 11. Herbert L., aufgenommen den 19. V. 1917, Alter 14 Jahre 7 Monate, entlassen den 16. VII. 1917. Angaben der Mutter:

Eltern gesund, 1 gesunder Bruder in Sexta, 1 Schwester mit 8½ Jahren an Lungenentzündung gestorben. Keine Geisteskrankheiten in der Familie. Pat. ist geistig zurückgeblieben. Sprach mit 3 Jahren einigermaßen, erst mit 7 Jahren gut gesprochen, gelaufen mit 1½ Jahren. Bis 4. Klasse Gemeindeschule, dann Hilfsschule. War ruhig, schüchtern, bescheiden, artig. Spielte mit Kindern, doch mehr für sich. War ängstlich. Furcht vor Prügel. Kein Bettnässen, keine Krämpfe, kein Nesselfieber. Einmal Masern und Windpocken, sonst stets gesund. Seit 5 Wochen verändert. Sollte eine Kiste Zigarren holen, verteilte sie unter 20 Kinder. Seitdem sinnlos verlogen, erzählt, Mutter habe gestohlen, Vater sei im Zuchthaus. Er würde Oberleutnant, würde Weddigen, würde Millionen Mark verdienen. Er bekäme jetzt einen Gummikopf, ein Holzgehirn, Arme würden abgenommen, würde ein ganzer Gummimensch. Äußerte noch viele unsinnige Größenideen, stahl der Mutter Geld, kaufte allerhand Utensilien. Lachte häufig blöde, schnitt Gesichter, wandte gemeine Ausdrücke an. Sang laut, brüllte, lief fort, wollte in Wut die Muutter schlagen.

Bei der Aufnahme gibt er über Ort, Zeit und Personen richtig Auskunft. Er sei nervenkrank, merke das daran, daß er aus dem Fenster springen wolle, dann sei er erst tot, dann bewußtlos, dann stehe er auf und sei wieder lebendig. Spricht weiter zerfahren, ohne Zusammenhang, redet spontan fort: „Quatsch . . . bis Mittag 1 . . . bis Abend 1 . . . 80 Stunden . . . 100 Stunden . . . sie stehen um 6 auf, wenn Sie in die Schule müssen ? (Geisteskrank ?) „Ja auch", (traurig, wenn du dein ganzes Leben hier bleiben mußt ?) „Ne, wenn ich groß bin, komme ich wo anders hin, werde Weddigen, Oberleutnant, Geheimrat, Arzt." Rechnet teils richtig, teils zählt er sinnlos Zahlen auf. Manche Fragen richtig beantwortet, dann wieder zusammenhanglose Einfälle. (Wohin fließt Spree ?) „Nach Deutschland, Rußland, England und Amerika, die Kranken wissen nicht so viel." Wolle 200 000 Mark klauen, werde Gummikopf kriegen, er solle Gummikerl werden, alles

aus Gummi, damit er in der Schule nicht mehr so geschlagen werde. Gesichtsausdruck leer, indifferent, lächelt zuweilen blöde. Benimmt sich ungeniert, sitzt aufgestützt da, vorgemachte Bewegungen werden nachgemacht, passiv gegebene Stellungen längere Zeit beibehalten. Schulkenntnisse, soweit zu prüfen, recht dürftig. Krankheitsgefühl, keine Krankheitseinsicht. Wa.-R. im Blut: —.

Groß, mittelkräftig. Körperlich nichts Abnormes.

20. V. Redet viel zusammenhangloses Zeug, ständig Größenideen. Wolle auch Gärtner, Schneider, Holzhauer, Oberst in Deutschland werden. Könne alles werden, was er will. Äußert auch Beziehungsideen. Leute blieben auf der Straße stehen und sagen, er ist dof. Gesichtsausdruck blöde, leer, Affekte nicht adäquat.

23. V. Singt, spricht laut, ohne Zusammenhang, lacht blöde.

5. VI. In der letzten Woche ruhig im Bett, beschäftigt sich mit Lesen. Wenig spontane Aktivität. Gibt bereitwillig fließende Antworten. Erinnerungen an akute Krankheitsphase oberflächlich. Krankheitseinsicht „Das waren die Nerven."

12. VI. Ruhiges Verhalten, beschäftigt sich nicht, äußert keine Wünsche. Spricht zerfahren, Antworten nicht adäquat, will Maler, Oberleutnant, Weddigen werden, brauche keinen Gummikopf, der Holzkopf, den er habe, sei schön.

19. VI. Hält sich für sich allein. Antwortet nur nach mehrmaligem Fragen. Zerfahren, sinnlose Größenideen. Affektiv gänzlich indifferent. Gesicht ständig ausdruckslos, keinerlei Mimik.

26. VI. Will Gärtner, Tischler, Holzhauer, Herrscher werden. Lebt in seinen Gedanken abgeschlossen von der Wirklichkeit. Keine erkennbaren Affekte. Beobachtet dabei Umgebung gut. Kennt Namen von Pat., ist örtlich und zeitlich orientiert. Spricht spontan gar nicht. Erhobene Hände hält er einige Zeit in gegebener Stellung. Rechnen, Multiplikationen zuweilen richtig, Additionen fast ständig falsch.

15. VII. Affektarmes Verhalten, keinerlei Aktivität. Sitzt in den Ecken herum. Zuweilen Zeichen von Sperrung, antwortet erst auf wiederholtes Drängen. Äußert spontan keine Zukunftswünsche. Entlassen auf Wunsch der Mutter.

Im August 1917 ins Wilhelmstift, Potsdam, eingeliefert, dort über 1½ Jahre beobachtet. Intelligenzprüfung bald nach der Aufnahme ergibt Fähigkeiten, den 9—10 jährigen entsprechend. (Alter 15½ Jahr.) Im Verlaufe der Beobachtung teils sehr unruhig, flegelhaftes Benehmen, heftiger Rededrang, teils ruhig, arbeitswillig, aber sehr ungeschickt, zerfahren und läppisch. Wird mit leichten Gartenarbeiten und Korbflechterei beschäftigt.

Alle diese letzten Fälle weisen vor Ausbruch der Krankheit bereits eine abnorme Veranlagung auf.

Fall 8 hat in der Schule schlecht gelernt, ist wiederholt sitzengeblieben, war immer einsam und ängstlich Die manifeste Erkrankung setzte mit einem schweren Angstzustand ein. Einen Hinweis auf Ängstlichkeit der Kinder als auffallende Erscheinung vor Ausbruch der Krankheit finden wir auch in den Fällen 3, 6,

7, 8 und 9 und 11, im Fall 6 sind auch zu Beginn der Erkrankung Angstvorstellungen vorherrschend. In Fall 8 traten jedoch alle Symptome gegenüber dem Angstzustand so in den Hintergrund, daß bei der ersten Aufnahme eine sichere Diagnose nicht gestellt wurde Es besteht aber doch kein Zweifel, daß es sich da bereits um Dementia praecox gehandelt hat. Die intellektuellen Störungen und die Gemütsstumpfheit waren damals bereits sehr ausgesprochen und gingen kontinuierlich in den katatonischen Zustand über, den die Patientin bei der zweiten Aufnahme bot

Es ist sehr wohl möglich, daß irgendwelche sexuellen Erlebnisse in die krankhaften Vorstellungen dieser Patientin hineinspielen Bei der wichtigen Stellung, die alle sexuellen Vorgänge im Seelenleben einnehmen, wäre das nicht weiter verwunderlich. Daraus ließe sich jedoch noch nicht die Berechtigung herleiten zu der Behauptung, daß ein sexuelles Trauma die Bedingung für die krankhaften Vorstellungen bilden muß.

Abraham ist der Ansicht, daß sexuelle Jugendtraumen auch für die Symptome späterer Erkrankungen von Wichtigkeit sind. „Erlebnisse sexueller Art — — sind nicht die Ursache der Krankheit, sondern sie determinieren die Symptome der Krankheit." Auf die insbesondere von *Jung* aufgestellten weitergehenden Behauptungen, die den Versuch einer Verwertung der Lehren *Freuds* für die Psychologie der Dementia praecox darstellen und die von *Weygandt* und *Isserlin* bekämpft wurden, möchte ich hier nicht näher eingehen.

Fall 9 wurde als Kind schon besonders behütet, da er als sehr ängstlich und unbeholfen galt Er war sehr verschlossen, grübelte viel und starrte oft versunken vor sich hin. Im Alter von 8—9 Jahren hat er an nächtlichem Aufschrecken gelitten, das sich im 14. Jahre wieder einstellte. Um das 13. Jahr herum Bettnässen. Das Lernen in der Schule ist ihm schwergefallen, doch trat erst in der letzten Zeit Nachlässigkeit auf. Falsche Selbsteinschätzung, Beziehungsideen bilden die Einleitung des schweren Krankheitsprozesses, der sich dann durch sinnlose Größenideen, schwere Assoziations- und Affektstörungen äußert und späterhin in völlige Stumpfheit und Mangel an Initiative übergeht. Mit Sicherheit läßt sich hier ein Zeitpunkt des Krankheitsbeginnes nicht angeben.

Oft findet man ja in den Anamnesen von Erkrankungen an Schizophrenie, die erst im späteren Lebensalter zum Ausbruch kommen, Hinweise auf abnorme Symptome, die bereits in der Kindheit bestanden. In der Literatur trifft man über diesen Punkt

noch recht widersprechende Angaben. Während *Rizor* angibt, daß die Krankheit sich in der Regel bei bis zur Pubertät völlig normalen Individuen entwickelt, erwähnen *Ziehen*, *Weygandt*, *Kräpelin*, daß sich „vereinzelt" oder „ein Bruchteil" oder etwa 20 pCt. abnormer Veranlagung finden, nach *Bleuler* sogar nur ganz ausnahmsweise Frühsymptome vermißt werden. *Rittershaus* kommt auf Grund von Nachuntersuchung der Vorgeschichten von Dementia praecox-Kranken zu dem Schluß, daß ein auffälliges Verhalten in der Jugend nur ganz selten fehlt. *Rittershaus* weist sodann darauf hin, daß es natürlich von großer Wichtigkeit wäre, wenn es gelänge, das einfach „nervöse", das psychopathische Kind von den Dementia praecox-Kandidaten differential diagnostisch zu trennen, hält es aber „nicht mit Sicherheit" für möglich, da die Symptome fast identisch sind. Zu einer völligen Klarheit wird man ja wohl hier deshalb schon nicht kommen können, weil natürlich Schizophrenie sich auf psychophatischer Grundlage entwickeln kann und auch Kombinationen mit anderen Krankheitsprozessen möglich sind.

In Fall 10 verzeichnet die Krankengeschichte hydrocephale Schädelbildung und Krampfanfälle in frühester Jugend. Es besteht die Möglichkeit, daß damals bereits eine organische Erkrankung eine Hirnveränderung hervorgerufen hat. Eine intellektuelle Schädigung ist hier nicht bemerkt worden. In Fall 11 trat ausgesprochener Schwachsinn sehr frühzeitig zutage. Mit 3 Jahren soll der Knabe nur einigermaßen, erst mit 7 Jahren ausreichend gesprochen haben. Er kam nur bis zur 4. Klasse der Gemeindeschule, mußte dann einer Hilfsschule überwiesen werden. Außer Ängstlichkeit ist bei ihm nichts Absonderliches beobachtet worden, körperliche Symptome fehlten.

In der Literatur sind ja in jeder größeren Zusammenstellung von Krankengeschichten Fälle beschrieben worden, die sich auf dem Boden einer leichten oder schweren Imbezillität entwickelten. Von *Kräpelin* wurde dafür der Name Pfropfhebephrenie eingeführt. Bei einem Teil der Fälle blieb jedoch die Möglichkeit offen, daß es sich nicht um Imbezillität, sondern um einen Schub von Dementia praecox im frühesten Kindesalter handelte.

Es wurde schon im Anschluß an Fall 1 und den von *Raecke* beschriebenen Fall darauf hingewiesen, daß nach Ablauf des akuten Krankheitsbildes ein Zustand entstehen kann, der von dem eines Schwachsinnigen ohne Kenntnis der Vorgeschichte nicht zu unterscheiden wäre. Von *Sante de Sanctis* und *Heller* sind Krankheits-

prozesse im 3. und 4. Lebensjahr beschrieben worden, die zum Teil große Ähnlichkeit mit der Dementia praecox der Erwachsenen aufweisen, doch gehen die Deutungen noch sehr auseinander. *Heller* selbst hat als vorläufige Bezeichnung den neutralen Namen Dementia infantilis vorgeschlagen. Zu einem Falle *Hellers* schreibt *Weygandt:* „Angesichts der gut erhaltenen, wenn auch flüchtigen Aufmerksamkeit, sowie der lebhaften Affekte der Freude, des Schmerzes, des Schreckens usw. muß ich es ablehnen, hier eine Dementia praecox anzunehmen." Andererseits, nach *Kräpelin*, „werden wir an die Wahrscheinlichkeit denken müssen, daß wenigstens manche dieser Beobachtungen der Dementia praecox angehören."

Nach *Kräpelins* Ansicht liegt in Anbetracht dessen, daß „das Auftreten der Dementia praecox in früher Kindheit gesichert ist", daß die Pfropfhebephremie sehr häufig auftritt und der ihr zugrunde liegende Schwachsinn meist unverkennbar die Züge eines hebephrenischen Endzustandes trägt, die neuerliche Erkrankung sehr oft die Züge einer einfachen Verschlimmerung der schon bestehenden Störungen annimmt, „kein hinreichender Grund vor, bei der Pfropfhebephrenie ein Zusammentreffen ganz verschiedenartiger Krankheitsvorgänge anzunehmen". *Weygandt* vertritt dagegen in einer längeren Auseinandersetzung mit *Kräpelin* den Standpunkt, daß die zahlreichen an Dementia praecox erinnernden motorischen Störungen der Idioten keineswegs als ein Beweis für Dementia praecox aufzufassen sind, „sondern sie erklären sich, ebenso wie die analogen Symptome der Katatoniker aus einer gewissen Entwicklungsperiode der normalen Kindheit, in der ebenfalls auf Grund der noch unkoordinierten motorischen Impulse derartige Erscheinungen angedeutet sind". Aber auch *Weygandt* gibt zu, daß manche Fälle von Dementia praecox in der Kindheit einige auffallende Züge zeigen, ohne daß Idiotie oder auch nur leichter Schwachsinn besteht.

Plaskunda schreibt: „Dementia praecox auf dem Boden eines angeborenen Schwachsinns stellt eine Sondergruppe dar, die mit den Frühformen des Jugendirrseins nichts zu tun hat", während *Raecke* ausführt: „Manche sogenannte Imbezille mit katatonen Symptomen mögen schon in der Kindheit einen Anfall von Katatonie durchgemacht und dabei ihre Geistesschwäche ganz oder zum größten Teile erworben haben.

Vogt gibt an, daß die katatonieartigen Erscheinungen bei Idiotie etwas ungemein Häufiges und nicht der Ausdruck einer

besonderen, als Frühform der Dementia praecox aufzufassenden Form von Idiotie sind. Es können aber „dennoch gelegentlich Fälle vorkommen, in denen es schwer ist, zu entscheiden, in welche von beiden Kategorien der Fall gehört, obwohl dieselben klinisch etwas durchaus Verschiedenes sind".

Die Anschauungen über diese Frage gehen also noch erheblich auseinander, und letzten Endes wird wohl die Lösung des Problems der Pfropfhebephrenie mit der Aufklärung über die eigentliche Ursache der Dementia praecox überhaupt zusammenfallen, wenn auch, wie *Weygandt* betont, der „Hinweis auf die pathologische Anatomie einstweilen noch ein Wechsel auf lange Sicht ist". Bis dahin dürfte es von Wert sein, festzustellen, wie oft Erkrankungen von Dementia praecox resp. Dementia infantilis im Kindesalter überhaupt vorkommen, in wie vielen Fällen von Dementia praecox sich Frühsymptome finden und wie weit sie sich zurückverfolgen lassen, wie oft Dementia praecox auf dem Boden anderer organischer Hirnerkrankungen entsteht, und wie häufig bei Idioten schubweise katatonieartige Erscheinungen auftreten resp. Dementia praecox die Ursache des Defektes ist. Eine Durchsicht der Idiotenanstalten unter diesem Gesichtspunkt würde, wie *Rittershaus* meint, viel Material zutage fördern.

Bei spät zur Entwicklung kommenden Erkrankungen werden Beobachtungen über die Zeit vor der Pubertät im allgemeinen schwerer zu erlangen sein, während in jugendlichen Fällen die Anamnese häufig leichter zur Frage der Frühsymptome in der Kindheit beitragen wird.

Über die hier beobachteten Fälle läßt sich zusammenfassend sagen:

In Fall 1—6 wird ausdrücklich hervorgehoben, daß bis kurz vor Beginn der Krankheit abnorme Erscheinungen nicht aufgetreten sind. Demnach hätte die Krankheit in Fall 1 mit 14 Jahren 1 Monat, in Fall 2 mit 12 Jahren 8 Monaten, in Fall 3 mit 13 Jahren 11 Monaten, in Fall 4 mit 13 Jahren 4 Monaten, in Fall 5 mit 13 Jahren, in Fall 6 mit 13 Jahren 4 Monaten eingesetzt.

In Fall 10 lag möglicherweise eine organische Hirnschädigung (Hydrocephalus internus?) vor, zu der erst nachträglich Dementia praecox mit 14 Jahren zur Entwicklung kam. In den Fällen 7, 9 und 11 besteht die Möglichkeit, daß ein Krankheitsschub in frühester Kindheit vorherging und den leichten Schwachsinn resp.

die Absonderlichkeiten der Kinder zur Folge hatte. Die manifeste Erkrankung trat dann mit 14 Jahren 8 Monaten, 14 Jahren 10 Monaten und 14 Jahren 7 Monaten auf. In Fall 8 bleibt es zweifelhaft, ob der von Jugend auf bestehende Schwachsinn schon auf Rechnung der Dementia praecox zu setzen ist. Mit 14 Jahren 2 Monaten aber setzte bereits ein schwerer Krankheitsschub ein, während die erste Menstruation erst im 13. Lebensjahr auftrat.

Zum Schluß möchte ich Herrn Geh. Rat Prof. Dr. *Bonhoeffer* für die Anregung zu der Arbeit und Überlassung der Krankengeschichten, Herrn Oberarzt Dr. *Borchardt* für die freundliche Unterstützung meinen Dank aussprechen.

Literatur-Verzeichnis.

1. *Abraham*, Zbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1907. Bd. XXX. S. 414. — 2. *Berkhahn*, Irrsein der Kinder. Korr.-Bl. d. dtsch. Ges. f. Psych. u. gerichtl. Psych. März 1863. — 3. *Bendix*, Über Kinderpsychosen usw. Diss. Rostock 1906. —4. *Bernstein*, Über die Dem. praec. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. LX. S. 554. — 5. *Bleuler*, Schizophrenie in Aschaffenburgs Handb. 1918. — 6. *Cramer*, Entwicklungsjahre und Gesetzgebung. Göttingen 1902. — 7. Derselbe, Über Jugendirresein. Allg. Ztschr. f. Psych. 1905. Bd. 62. S. 640. — 8. *Ehlers*, Kasuistische Beiträge zu der Lehre von den Psychosen im Kindesalter usw. Diss. Leipzig 1909. — 9. *Elmiger*, Über 49 Fälle von Pubertätsirresein. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 57. S. 490. — 10. *Emminghaus*, Die psychischen Störungen des Kindesalters. Tübingen 1887. — 11. *Gottgetreu*, Beitrag zur Klinik der Kinderpsychosen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 62. S. 759. — 12. *Heller*, Über Dementia infantiles. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Beh. d. jugdl. Schwachsinns. 1908. Bd. 2. S. 17. — 13. *Infeldt*, Beitrag zur Kenntnis der Kinderpsychosen. Jahrb. f. Psych. Bd. 22. S. 326. — 14. *Isserln*, Über Jungs „Psychologie d. Dem. praec. usw. Zbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1907. Bd. 30. — 15. *Jung*, Psych. d. Dem. praec. Halle 1907. — 16. *Kahlbaum*, Die Katatonie. Berlin 1874. — 17. *Kelp*, Psychosen im kindlichen Alter. Allg. Ztschr. f. Psych. 1874. Bd. 31. S. 75. — 18. *Kraepelin*, Psychiatrie. Leipzig 1909. 8. Aufl. — 19. *Meyer*, Die Ursachen der Geisteskrankheiten. Jena 1907. — 20. *Moeller*, Beitrag zur Lehre von dem im Kindesalter entstehenden Irrsein. Arch. f. Psych. Bd. 13. S. 193. — 21. *Mucha*, Ein Fall von Katatonie im Anschluß an die erste Menstruation. Neurol. Zbl. 1902. S. 937. — 22. *Plaskunda*, Allg. Ztschr. f. Psych. 1910. Bd. 67. S. 134. — 23. *Raecke*, Katatonie im Kindesalter. Arch. f. Psych. 1909. Bd. 45. S. 245. — 24. *Rittershaus*, Ztschr. f. d. Erforschung u. Behandl. jugdl. Schwachsinns. Bd. 5. — 25. *Rizor*, Jugendirresein. Arch. f. Psych. 1908. Bd. 43. H. 2 u. 3. — 26. *Sante de Sanctis*, Dem. praecocissima katatonic. Folia Neurobiolg. Bd. 2 1908. — 27. *Schönthal*, Beiträge zur Kenntnis der im frühen Lebensalter auftretenden Psychose. Arch. f. Psych. Bd. 23. S. 816. — 28. *Stransky*, Jahrb. f. Psych. 1903 Bd. 24. S. 1. — 29. *Thomsen*, Die allgemeine praktische Prognose der

Geistesstörung. Med. Klin. 1907. No. 45/46. — 30. *Vogt*, Über Fälle von Jugendirresein im Kindesalter. Allg. Ztschr. f. Psych. 1909. Bd. 66. S. 542. — 31. *Weichbrodt*, Zur Dem. praecox im Kindesalter. Arch. f. Psych. 1918. Bd. 59. S. 101. — 32. *Weygandt*, Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jgd. Schwachsinns. 1907. Bd. 1. S. 311. — 33. Derselbe, Kritische Bemerkung zu Psychologie d. Dem. praecox. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1907. Bd. 22. S. 289. — 34. *Wille*, Psychosendes Pubertätsalters. Wien 1898. S. 131. — 35. *Ziehen*, Die Geisteskrankh. d. Kindesalters. 1917.

Lebenslauf.

Ich wurde am 30. März 1892 zu Groß-Strehlitz als Sohn des Apothekers *Julius Grünthal* und seiner Ehefrau *Elly*, geb. *Guttentag*, geboren. Ich bin jüdischer Konfession.

Die Vorschule besuchte ich in Breslau; seit 1900 in Berlin, bestand ich im Jahre 1911 die Reifeprüfung an der Kaiser-Friedrich-Schule, Charlottenburg.

In München und Berlin studierte ich Medizin, machte 1913 das Physikum, wurde bei Beginn des Krieges eingezogen, aber bald wieder entlassen. Danach arbeitete ich in einem Berliner Lazarett und setzte gleichzeitig meine Studien fort. 191 6bestand ich das medizinische Staatsexamen mit dem Prädikat „gut", wurde danach wieder eingezogen und war nach Ausbildung als Feldunterarzt im Osten und im Westen. Am 25. XII. 1917 erhielt ich meine Approbation als Arzt.

18. März 1919.

Max Grünthal,
approb. Arzt.